



مركز البحوث والدراسات

سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية

تأليف

د. حنان بنت عبد الرحيم الأحمدى



سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية

تأليف

د. حنان بنت عبد الرحيم الأحمدية

١٤٣٨هـ - ٢٠١٧م

بطاقة الفهرسة

معهد الإدارة العامة، ١٤٣٨هـ. (ح)

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.

الأحمدي؛ حنان عبد الرحيم

سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية

حنان عبد الرحيم الأحمدى - الرياض، ١٤٣٨هـ

٢٨٠ ص؛ ١٧ × ٢٤ سم.

ردمك: ٩٩٦٠-١٤-٢٥٦-٦

١- صحة المرضى ٢- الصحة الوقائية أ. العنوان

١٤٣٨/٥٦٦١

ديوي: ٦١٤,٤٤

رقم الإيداع: ١٤٣٨/٥٦٦١

ردمك: ٩٩٦٠-١٤-٢٥٦-٦

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
٢	قائمة المحتويات
٧	قائمة الأشكال
٩	مقدمة
١٣	الفصل الأول: مدخل إلى جودة الرعاية وسلامة المرضى:
١٤	سلامة المرضى محور الاهتمام العالمي
١٧	نظرة تاريخية لسلامة المرضى
٢١	مفهوم جودة الرعاية الصحية
٢٤	مفهوم سلامة المرضى
٢٥	سلامة المرضى كخاصية في النظم الصحية
٢٥	سلامة المرضى كتخصص علمي
٢٧	أهداف الرعاية الصحية الآمنة
٢٣	خاتمة
٢٥	الفصل الثاني: الأخطاء ومسبباتها في الرعاية الصحية:
٣٦	مفهوم الخطأ والضرر
٤٠	أمثلة للأحداث الضائرة في الرعاية الصحية
٤٦	مداخل تفسير الخطأ البشري
٥١	أسباب غلبة منظور الفرد في تفسير الخطأ
٥٢	تصنيف الخطأ البشري
٥٧	تطبيق الدروس المستفادة من صناعة الطيران لتفسير الأخطاء في المجال الصحي
٦٠	نموذج الجبن السويسري لتحليل مسببات الأخطاء والحوادث
٦٤	خاتمة

رقم الصفحة	الموضوع
٦٥	الفصل الثالث: المداخل النظرية لتفسير الحوادث التنظيمية:
٦٦	نظرية الدومينو
٧٠	نظرية العوامل البشرية
٧٦	نظرية الحادث العادي
٧٨	نظرية الموثوقية العالية
٨٣	خاتمة
٨٥	الفصل الرابع: المداخل النظرية لتفسير حوادث الرعاية الصحية:
٨٥	نموذج مسببات الحوادث التنظيمية
٨٩	نموذج (التهديد و التعامل مع الخطأ)
٩٢	نموذج العوامل المساهمة في الأحداث الضائرة في الرعاية الصحية
٩٨	تطبيق النماذج النظرية لتفسير الحوادث
١٠٤	خاتمة
١٠٥	الفصل الخامس: بناء نظام سلامة الرعاية الصحية:
١٠٧	التفكير الشمولي وفق منظور النظم
١١٠	القيادة والعمل الجماعي
١١١	مشاركة المرضى
١١٣	تصميم النظم الصحية الآمنة
١١٧	تتمية الكوادر الصحية
١٢٠	برنامج سلامة المرضى
١٣٦	خاتمة

رقم الصفحة	الموضوع
١٣٩	الفصل السادس: ثقافة السلامة في المنظمات الصحية:
١٤٠	مفهوم ثقافة السلامة
١٤١	دور الثقافة التنظيمية في تعزيز السلامة
١٤٣	العوائق الثقافية لتحقيق السلامة في المنظمات الصحية
١٤٧	عناصر ثقافة السلامة
١٥١	بناء ثقافة تنظيمية معززة للسلامة
١٥٦	قياس ثقافة السلامة
١٦٠	خاتمة
١٦٣	الفصل السابع: تواصل فريق العمل كمحور لسلامة الرعاية الصحية:
١٦٤	مفهوم الاتصال الإنساني وأهميته للسلامة
١٦٦	خصائص الاتصال الفعال
١٦٧	التواصل مع المرضى
١٦٨	عمل الفريق وسلامة المرضى
١٧٢	معوقات الاتصال داخل فريق الرعاية الصحية
١٧٥	أسلوب (SBAR) لتعزيز التواصل بين أعضاء الفريق
١٧٨	إستراتيجيات تبادل المرضى (Handover) وتغيير الورديات
١٧٩	سمات فرق العمل ذات الأداء العالي
١٨٣	الدروس المستخلصة من قطاع الطيران للتدريب على مهارات الإتصال الإنساني والعمل الجماعي
١٨٥	إستراتيجيات تفعيل الاتصال في فريق الرعاية الصحية
١٨٩	خاتمة

رقم الصفحة	الموضوع
١٩١	الفصل الثامن: دور القيادات في تعزيز سلامة المرضى:
١٩٢	القيادة في المنظمات الصحية
١٩٥	دور القيادات في تعزيز السلامة
١٩٨	الأنماط والسمات القيادية وتأثيرها في تعزيز السلامة
٢٠٢	دور الإدارة العليا ومجلس الإدارة في تعزيز الجودة والسلامة
٢٠٥	دور المدير التنفيذي والإدارات التشغيلية في تعزيز السلامة
٢٠٨	جولات القيادات
٢١٠	خاتمة
٢١٣	الفصل التاسع: التعلم التنظيمي لتعزيز سلامة الرعاية الصحية:
٢١٤	مفهوم التعلم التنظيمي والمنظمة المتعلمة
٢١٨	التعلم التنظيمي في المنظمات الصحية
٢٢٤	الإستراتيجيات الداعمة للتعلم التنظيمي لأغراض السلامة
٢٢٥	التبليغ عن الأحداث الضائرة كأساس للتعلم التنظيمي لتحقيق السلامة
٢٤٠	معوقات التعلم التنظيمي
٢٤٣	مقومات التعلم التنظيمي من أجل السلامة
٢٤٥	خاتمة
٢٤٩	الفصل العاشر: الأدوات التحليلية المستخدمة في برامج سلامة المرضى:
٢٤٩	تحليل السبب الجذري
٢٦٣	تحليل أوضاع الفشل و آثاره
٢٧٢	المراجع

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	الأشكال
٢٢	الشكل رقم (١-١): مؤشرات جودة الرعاية الصحية وفق منظور دونابيديان .
٢٣	الشكل رقم (٢-١): محاور جودة الرعاية الصحية حسب دونابيديان
٢٤	الشكل رقم (٣-١): المؤشرات الخمسة لجودة الرعاية الصحية 5Ds
٢٧	الشكل رقم (٤-١): أهداف الرعاية الصحية الآمنة
٦٣	الشكل رقم (١-٢): نموذج الجبن السويسري
٦٩	الشكل رقم (١-٣): هرم الحوادث
٧٤	الشكل رقم (٢-٣): الإطار العام للعوامل البشرية المؤثرة على الممارسة الإكلينيكية
٨٧	الشكل رقم (١-٤): مراحل تكوين الحوادث التنظيمية
٩٠	الشكل رقم (٢-٤): مكونات نموذج التهديد والتعامل مع الخطأ
٩١	الشكل رقم (٣-٤): نموذج التهديد والتعامل مع الخطأ
٩٧	الشكل رقم (٤-٤): نموذج العوامل المساهمة في الأحداث الضائرة في الرعاية الصحية
١٠٧	الشكل رقم (١-٥): أسس تطبيق السلامة في المنظمات الصحية
١٥٢	الشكل رقم (١-٦): هرم ثقافة السلامة
١٥٤	الشكل رقم (٢-٦): مراحل بناء ثقافة السلامة
١٥٩	الشكل رقم (٣-٦): قياس ثقافة السلامة
١٥٩	الشكل رقم (٤-٦): منظور ثقافة السلامة
١٦٦	الشكل رقم (١-٧): خصائص الاتصال الفعال في مجال الرعاية الصحية
١٧٧	الشكل رقم (٢-٧): أسلوب SBAR للاتصال في مجال الرعاية الصحية
٢٢٣	الشكل رقم (١-٩): مراحل التعلم التنظيمي لأغراض السلامة

الأشكال	رقم الصفحة
الشكل رقم (١-١٠) مقارنة بين منهج تحليل أعراض المشكلة و منهج تحليل السبب الجذري	٢٥٢
الشكل رقم (٢-١٠): أمثلة للأسباب الجذرية للأخطاء والحوادث في مجال الرعاية الصحية	٢٥٥
الشكل رقم (٣-١٠): تحليل السبب الجذري	٢٥٨
الشكل رقم (٤-١٠): الإجراءات التي يتم اتخاذها بناء على تحليل الأسباب الجذرية	٢٦٢
الشكل رقم (٥-١٠): نموذج تحليل أوضاع وآثار الفشل FEMA	٢٦٨
الشكل رقم (٦-١٠): نموذج تحليل أوضاع وآثار الفشل حسب معهد تحسين الرعاية الصحية	٢٦٩

مقدمة

إن الاهتمام بسلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية هو المحور الذي تركز عليه مزاوله المهن الطبية منذ قديم العصور. فقد جعل مقدمو الرعاية الصحية عبر مختلف الحضارات مساعدة المرضى وتخفيف آلامهم ومعاناتهم وعلاج أمراضهم غايتهم القصوى. وعلى مر القرون -ومع تقدم ممارسة الطب- تم طرح العديد من النظريات والأساليب والتقنيات العلاجية وتقديم الاكتشافات العلمية والطبية التي أدت بدورها إلى تحسين جودة الرعاية الصحية وجودة حياة الإنسان. وبالرغم من أن التقدم المعرفي والتقني في العلوم الطبية والعلوم ذات العلاقة بها ضاعف فاعلية نظم الرعاية الصحية وقدرتها على تحقيق نتائج إيجابية وتخفيف آلام ومعاناة المرضى، إلا أن ذلك زاد في الوقت ذاته درجة تعقيد (Complexity) هذه النظم، حيث أصبحت تمثل تركيبة فريدة من العمليات والتفاعلات الإنسانية التي تجعلها من بين أكثر النظم الإنتاجية تعقيداً. ويزيد تعقيد منظومة الرعاية من احتمالات وقوع الأخطاء والحوادث، وبطبيعة الحال عندما تسوء الأمور في مجال الرعاية الصحية تكون الرهانات أعلى بكثير منها في أي مجال آخر.

تبذل الأنظمة الصحية في مختلف أنحاء العالم جهوداً جادة لتبني منهجيات تحسين الرعاية الصحية، كدراسات المخرجات، والممارسة الطبية المبنية على الأدلة والبراهين العلمية، ومنهجيات الجودة وأدواتها، والاعتماد والترخيص للمنشآت الصحية والممارسين وغيرها من الآليات، إلا أن ذلك لم يمنع وقوع الأحداث السلبية والأخطاء التي تعرض المرضى لمخاطر مرتبطة بالرعاية نفسها، لذلك تزايد الاهتمام بنظريات السلامة ومنهجياتها وبرزت سلامة المرضى كخاصية مميزة للأنظمة الصحية ذات الجودة العالية، والتي تلتزم بتطبيق قواعد السلامة، وإعادة تصميم وتحسين نظم الرعاية لضمان بقاء المرضى في مأمن من التعرض للضرر، والاهتمام بترسيخ آليات الوقاية ومنع الأخطاء ومعالجة آثارها.

وبالرغم من تقدم الجهود المبذولة لتحسين مخرجات الرعاية إلا أن المنظمات الصحية لا تزال متأخرة عن غيرها من المنظمات في تطبيق نظم الجودة والسلامة، إذ يشير تقرير لمعهد الطب في الولايات المتحدة (Institute of Medicine) إلى أن قطاعات الرعاية الصحية تأخرت عقداً من الزمان أو أكثر عن غيرها من الصناعات في الاهتمام بضمان السلامة (Kohn, Corrigan, and Donaldson 1999). ويأتي خلل منظومة السلامة في مجالات الرعاية الصحية ليضاعف التحديات التي تواجهها

المنظمات الصحية نتيجة لنقص الكوادر البشرية وتدني مستوى التأهيل، وتزايد الطلب على الخدمات، وارتفاع التكاليف، وضعف أنظمة المعلومات وغيرها من التحديات. كل ذلك يزيد من احتمال أن يقع أي مستفيد من الرعاية الصحية أو أي واحد منا -وبكل سهولة- ضحية لخطأ أو حادث طبي.

لاشك أن الأخطاء الطبية وسلامة المرضى تؤثر جميع الأطراف المعنية بجودة الرعاية الصحية، إلا أن الدلائل تشير إلى أنها لا تزال لا تحظى بالاهتمام المؤسسي الكافي، والمتمثل في الإجراءات والتدابير والأنظمة الوقائية الفاعلة (Walston; 2010; Al-Omar, 2007; Alahmadi, 2010, Al-Omar, Al-Mutari). ولا يزال كثير من المنظمات الصحية يتعامل مع الأخطاء والأحداث السلبية بأسلوب رد الفعل دون الاهتمام بترسيخ السلامة كتوجه مؤسسي إستراتيجي. وفي حين تسارع (منظمات الرعاية الصحية في العالم المتقدم، ومقدمو الرعاية من أطباء وغيرهم) إلى تأسيس نظم الجودة والسلامة وتطوير الممارسة بشكل مستمر، نجد لدينا تفاوتاً كبيراً في الاهتمام المؤسسي والفردى بسلامة المرضى، بل يتجاهل بعض مقدمي الرعاية مشكلة الأخطاء الطبية ويطالبون بحصانة من المساءلة تحت مظلة القضاء والقدر والنوايا الحسنة. كما لا تزال أسس الجودة والسلامة وأدواتها بعيدة عن المناهج الدراسية في كليات الطب والعلوم الصحية وبرامج تدريب وتأهيل الكوادر الصحية في مختلف التخصصات.

يسعى هذا الكتاب إلى تسليط الضوء على المفاهيم الأساسية لسلامة المرضى، ويستعرض النماذج النظرية التي تساهم في تفسير الخطأ البشري وأهم نظريات السلامة التي حظيت باهتمام الخبراء والمختصين في المجال الصحي. كما يسلط الكتاب الضوء على بعض المفاهيم التنظيمية ذات العلاقة بسلامة المرضى كالتعلم التنظيمي (Organizational Learning) وثقافة سلامة المرضى (Patient Safety Culture) والتبليغ عن الأخطاء (Error Reporting) والتي تعد جزءاً من منظومة الوقاية من الأخطاء ورصد حدوثها الفعلي أو الوشيك، حتى وإن لم يترتب عليها أي ضرر للمريض. كما يتطرق الكتاب للعلاقة الوثيقة بين سلامة المرضى وطبيعة الاتصال الإنساني والعمل الجماعي في منظومة الرعاية الصحية، وسبل تفعيل العلاقات الإنسانية بما يساهم في تعزيز سلامة المرضى. وحيث تلعب القيادات الصحية دوراً محورياً في تعزيز منظومة السلامة، يتناول الكتاب سبل تفعيل الدور القيادي لأغراض السلامة من خلال بناء ثقافة تنظيمية تكون بمثابة القاعدة التي تنطلق منها جهود

الوقاية والتحسين وإحداث التحول التنظيمي اللازم لتحقيق السلامة. واستناداً إلى نظريات وأسس السلامة في القطاعات الصناعية والتجارية، يقدم الكتاب تصوراً للإطار العام لسلامة المرضى متضمناً أهم المبادئ والأسس التي ينبغي أن تعمل المنظمات الصحية لتحقيقها في سبيل تأسيس توجه إستراتيجي ثابت لتحقيق جودة الرعاية وسلامة المرضى. وأخيراً؛ يستعرض هذا الكتاب بعض الأساليب التحليلية المهمة والتي تستخدم لبحث الأسباب المتجذرة للأخطاء والحوادث في بيئات الرعاية الصحية وسبل الوقاية منها.

أمل أن يجد القارئ الكريم في هذا الكتاب ما يصبو إليه من معلومات وأفكار وأدوات تساهم في تطوير مختلف جوانب الرعاية الصحية لتقديم رعاية آمنة وبناء منظومة السلامة في المنظمات الصحية.

والله ولي التوفيق،

الفصل الأول

مدخل إلى جودة الرعاية وسلامة المرضى

خرجت علينا خلال الأعوام الماضية تقارير دولية تحمل إحصائيات مثيرة للقلق حول معدلات السلامة في المنظمات الصحية، لعل من أبرزها تقرير منظمة الصحة العالمية الذي أشار إلى أن واحداً من بين كل عشرة مرضى يقع ضحية للأخطاء الطبية في مختلف أنحاء العالم (WHO, 2008). وقبل ذلك تمثل الحدث الأبرز -والذي سلط الضوء على قضية الأخطاء الطبية والأحداث الضائرة- في صدور تقرير معهد الطب في الولايات المتحدة الأمريكية (The Institute of Medicine) في عام ١٩٩٩ بعنوان (To Err is Human) أو "كل ابن آدم خطأ". قدّر هذا التقرير أن حوالي ٤٤,٠٠٠ إلى ٩٨,٠٠٠ من المرضى يموتون في المستشفيات الأمريكية سنوياً نتيجة للأخطاء الطبية. ومنذ صدور هذا التقرير صنفت المستشفيات بأنها أماكن خطرة يمكن أن يتعرض فيها المرء لضرر بالغ نتيجة للإهمال والتقصير أو الخطأ. لذلك تزايدت في السنوات الأخيرة القناعة بأن الأخطاء الطبية والحوادث السلبية تعد من أهم التهديدات لسلامة المرضى، وسعى الخبراء والمتخصصون في هذا المجال إلى تركيز جهودهم على سبل الوقاية منها ومنع وقوعها. ولا تنحصر الآثار السلبية للأخطاء الطبية في تفاقم المرض أو العجز والإعاقة أو لا تسمح الله خسارة الأرواح فحسب؛ ولكن يترتب على الأخطاء الطبية تكاليف مادية تقدرها بعض التقارير بمليارات الدولارات سنوياً، كان بالإمكان تلافي معظمها (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999).

بغض النظر عن التكلفة المالية والبشرية، فإن الأخطاء الطبية تكلف نظم الرعاية الصحية مصداقيتها وثقة المجتمع فيها. ففي الولايات المتحدة على سبيل المثال في بداية القرن العشرين تمتعت المستشفيات بنوع من الحصانة التاريخية بصفتها منظمات خيرية تهدف للنفع العام، في إطار ما يعرف بمبدأ الحصانة الخيرية (Charitable Immunity). وإثر تزايد قضايا الأخطاء الطبية، وما أثير حولها من ضجة إعلامية، قامت المحاكم الأمريكية بإلغاء هذه الحصانة، معتبرة المستشفيات مسؤولة عن أي إهمال أو تقصير يعرض المرضى للخطر. ولا يقتصر هذا على الولايات المتحدة الأمريكية؛ إذ تزايد عدد الدعاوى القضائية المرتبطة بالأخطاء الطبية في مختلف أنحاء العالم، مما يدل على قناعة المجتمع بأن سلامة المرضى هي انعكاس لمدى حرص مقدمي الرعاية والمنظمات الصحية واهتمامهم بمقومات السلامة. ومن هذا

المنطلق تنامي الاهتمام بمفاهيم وأسس السلامة وجودة الرعاية الصحية، وتأسست حركة عالمية لتعزيز التوجه لتطبيق نظم الجودة والسلامة المطبقة في القطاعات الصناعية في المجال الصحي.

في هذا الفصل سيتم استعراض المفاهيم الأساسية ذات العلاقة بجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، وتبسيط الضوء على مفهوم سلامة المرضى ومنطلقات الاهتمام العالمي بهذا المفهوم وأهداف الرعاية الصحية الآمنة.

سلامة المرضى محور الاهتمام العالمي؛

لا يكاد يمر يوم بدون أن تتقل وسائل الإعلام خبراً يكشف إخفاقاً جديداً لنظم الرعاية الصحية على الصعيدين المحلي والعالمي في المحافظة على سلامة المرضى. ويزيد هذا الاهتمام الإعلامي من الضغوط الواقعة على الأنظمة الصحية كي تضع حداً للكوارث الطبية والأخطاء والإخفاقات، وتتخذ إجراءات حاسمة لتعزيز سلامة المرضى. لذلك أصبح الاهتمام بسلامة المرضى في مقدمة أولويات الجهات المعنية بالصحة من جمعيات ومنظمات مهنية أدركت أن الأخطاء والحوادث تمثل أمراً «محتوماً» في الواقع، وقد تحدث في أي نمط من المنظمات الصحية، وفي أي موقع يتم فيه تقديم الرعاية، ولأي فئة من فئات العاملين أو المستفيدين. ولا تنحصر مشكلات جودة الرعاية الصحية فيما يتم تناقله في وسائل الإعلام من قصص كارثية قد تمثل قمة جبل الجليد؛ بل هناك العديد من أوجه القصور التي لا يتم الانتباه لها لأنها لم تسبب أضراراً مباشرة وواضحة وربما لم يتم اكتشافها. ويمكن تصنيف مظاهر تدني جودة وسلامة الرعاية الصحية في ثلاث فئات عامة وهي (IOM, 2001):

- الإفراط في استخدام الرعاية الصحية (Overuse): ومن ذلك إجراء العمليات الجراحية غير الضرورية، والمبالغة في إجراء الفحوصات التشخيصية، والاستشارات الطبية، ووصف الأدوية العلاجية والمضادات الحيوية، وغيرها، مما يعرض المرضى للخطر ويرفع نفقات الرعاية الصحية دون مبرر.
- نقص استخدام الرعاية الصحية (Underuse): ويشير إلى عجز نظام الرعاية الصحية عن توفير الرعاية الأساسية للفئات التي تحتاجها، وأبرزها الرعاية الروتينية والوقائية كالفحوصات الدورية لحالات معينة كالأمراض المزمنة، مما يزيد من حدة الأمراض ويسبب الانتكاسات والمضاعفات وغيرها من التطورات السلبية التي كان يمكن تجنبها وتقليل تأثيرها على الحالة الصحية وعلى تكاليف العلاج.

- سوء استخدام الرعاية الصحية (Misuse): ومن أمثلة ذلك الأخطاء الطبية والانتهاكات والتقصير والإهمال والفشل في تقديم الرعاية الصحية المناسبة لمن يحتاجها.

يتضح من هذا التصنيف أن مشكلات جودة الرعاية الصحية المؤثرة على سلامة المريض لا تنحصر في تلك التي تتضح آثارها مباشرة كالأخطاء الجراحية والوصفات الطبية الخاطئة وتداخلات الأدوية، وإنما قد تكون لهذه الإخفاقات آثار غير مباشرة، فتتراكم نتائجها ولا تظهر إلا متأخراً كالأخطاء في التشخيص أو عدم اتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة في الوقت المناسب، مما يزيد من حدة المرض ومضاعفاته.

وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن العمليات الجراحية هي أحد التدخلات الصحية الأكثر تعقيداً، إذ يحتاج أكثر من ١٠٠ مليون شخص إلى العلاج الجراحي كل عام لأسباب طبية مختلفة (WHO 2008). وتمثل المشاكل المرتبطة بالسلامة الجراحية في البلدان المتقدمة نصف الأحداث السلبية التي كان بالإمكان تجنبها، والتي قد تؤدي إلى الوفاة أو العجز. أما في الدول النامية فإن احتمال أن يتعرض المرضى للأذى في المستشفيات أعلى مما هو عليه في الدول الصناعية. بل قد يصل خطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية في بعض البلدان النامية إلى ٢٠ ضعف مثيله في الدول المتقدمة. وتشير ذات التقديرات إلى أن ما لا يقل عن ٥٠٪ من المعدات الطبية في البلدان النامية غير قابل للاستخدام أو يمكن استخدامها جزئياً فقط، وفي كثير من الأحيان لا يتم استخدام هذه المعدات بسبب الافتقار إلى المهارات أو المواد. ونتيجة لذلك؛ لا يمكن إجراء الفحوص التشخيصية أو العلاجات التي يتعين القيام بها، وهذا يؤدي إلى تشخيص غير دقيق أو رعاية متدنية مما يهدد سلامة المرضى. وفي بعض البلدان تصل نسبة الحقن التي تعطى باستخدام محاقن أو إبر مستعملة وغير معقمة إلى ٧٠٪ مما يعرض الملايين من الناس للعدوى في كل عام. وتتسبب الحقن غير المأمونة بـ ١,٢ مليون وفاة، وهي عامل أساسي لانتقال مسببات الأمراض التي تنتقل عن طريق الدم مثل فيروس التهاب الكبد الوبائي و التهاب الكبد الفيروسي سي وفيروس نقص المناعة البشرية (WHO, 2008).

ووفق منظمة الصحة العالمية تمتلك الصناعات التي يفترض بأنها ذات المخاطر الأعلى - مثل الطيران والمحطات النووية - سجل سلامة أفضل بكثير من قطاعات الرعاية الصحية. ففي مجالات الطيران يتعرض واحد من بين كل مليون مسافر للأذى، وفي المقابل، يتعرض واحد من بين كل ٢٠٠ مريض للأذى خلال تلقي الرعاية

الصحية (WHO, 2008). وتؤكد الدراسات أن الفوائد الاقتصادية لتحسين سلامة المرضى كبيرة، حيث تبلغ (التكاليف الإضافية للتتوييم بالمستشفى، وتكاليف التقاضي، والعدوى المكتسبة في المستشفيات، وفقدان الدخل، والعجز، والنفقات الطبية) في بعض البلدان بين ٦-٢٩ مليارات دولار أمريكي سنوياً. ونظراً لأهمية مشكلة الأخطاء والحوادث وتدني جودة الرعاية الصحية وضرورة حشد الجهود للتصدي لها أعلنت الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية أن سلامة المرضى هي إحدى أهم وأخطر قضايا الصحة العامة على مستوى العالم ووافقت معظم الدول الأعضاء في المنظمة في العام ٢٠٠٢ على قرار الجمعية العالمية للصحة بخصوصها^(١). وتركز الحركة العالمية لسلامة المرضى على تجربة المرضى وصحتهم، ويعمل التحالف العالمي من أجل سلامة المرضى مع ٤٠ دولة على جعل الرعاية الصحية أكثر أمناً في جميع أنحاء العالم.

ومع أهمية الأخطاء الطبية الناتجة عن العامل البشري، إلا أن خبراء السلامة يؤكدون بأن الأحداث السلبية تحدث غالباً نتيجة لقصور أنظمة الرعاية الصحية، وليس بالضرورة عن الممارسات السيئة أو الممارسين غير الأكفاء. ومن هذا المنطلق تبنت منظمة الصحة العالمية منهجاً خاصاً لسلامة المرضى في المستشفيات وأولته اهتماماً خاصاً مؤكدة أن أول خطوة نحو تحسين سلامة المرضى تتمثل في تطوير عمليات الرعاية الصحية، وإجراء التغييرات على مستوى الأنظمة وممارسات العمل، بهدف الحد من خطورة الأضرار المحتملة. وتتضمن المعايير الرئيسية لهذا التوجه الإجراءات التالية (WHO, 2008):

- تحديد الأحداث الضائرة المؤثرة على سلامة المرضى والتعلم منها.
- إتاحة وتوفير جميع متطلبات تعزيز سلامة المرضى لا سيما التوجيهات الإرشادية الخاصة بالتعامل مع الحوادث الضائرة.
- ضمان الامتثال للإجراءات والإرشادات الأساسية.
- التشجيع على الاستعمال الصحيح للأدوية.
- الحد من خطورة الأجهزة عن طريق الاستعمال السليم لها ولا سيما الأجهزة التي يعاد استعمالها.

(1) World Health Organization: 10 facts on patient safety

كما حددت منظمة الصحة العالمية من خلال "التحالف العالمي من أجل سلامة المرضى" ستة مجالات عمل ذات أولوية لتعزيز سلامة المرضى بهدف وضع حلول وإجراءات فعالة للقضاء على هذه المشكلات وهي:

- الأدوية المتشابهة شكلاً ونطقاً (Look a like, sound alike medications).
 - التحقق من هوية المرضى.
 - تبادل المعلومات عند تسليم واستلام المرضى وتغيير المناوبات.
 - أداء الإجراءات التشخيصية والجراحية والعلاجية الصحيحة في الموقع الصحيح من الجسم.
 - مراقبة المحاليل الكهرلية المركزة.
 - ضمان مضبوطية الأدوية عند تناوب العناية.
 - تفادي إساءة وتوصيل القساطين والأنابيب.
 - استعمال المحاقن مرة واحدة فقط.
 - المحافظة على نظافة اليدين للحيلولة دون العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.
- وتعتقد منظمة الصحة العالمية والقائمون على هذا التحالف أن إيجاد إجراءات فعالة للقضاء على هذه المشكلات سيساعد بشكل كبير على الارتقاء بسلامة المرضى في مختلف أنحاء العالم.

نظرة تاريخية لسلامة المرضى:

يرجع الاهتمام بجودة الرعاية الصحية إلى الحضارات الإنسانية القديمة والتي سبقت ميلاد المسيح عليه السلام بآلاف السنين. تجسد هذا الاهتمام في قانون هامورابي ملك بابل والذي تضمن بنوداً خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والإهمال، وكتب «توت» في الحضارة المصرية القديمة والتي نصت على بعض معايير الممارسات الطبية، وعدت أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب. وفي الحضارة الإغريقية وضع أرسطو العديد من القوانين التي لا تسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى (بن سعيد، ١٩٩٧).

أسهمت الحضارة الإسلامية في تنظيم وترسيخ أسس جودة الرعاية الطبية بتطبيق بعض القواعد المهنية ومنها: عزل المرضى المصابين بأمراض معدية، والاختيار المدروس لموقع المستشفى؛ بحيث يُراعى فيه اتجاه الريح والتعرض لضوء الشمس والحرص على النظافة، وتنظيم مزاوله الطب والصيدلة. وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد مهنية تحكم ممارسة مهنة الطب منذ العصور القديمة وحتى عصرنا الحاضر.

وفي العصر الحديث أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين عام ١٩١٣هـ في الولايات المتحدة الأمريكية إلى حدوث تطورات كبيرة في مجال جودة الرعاية الطبية، من أهمها تحسين توثيق الإجراءات الجراحية وإعداد ما يعرف ببروتوكولات العلاج (Clinical Protocols) والالتزام بها. انضمت الكلية الأمريكية للجراحين وعدد من الهيئات الأخرى لتشكيل ما يعرف بالهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات عام ١٩٥١م، والتي واصلت الحراك لتحسين الجودة في المستشفيات وذلك بوضعها لضوابط محددة للأداء. وتتابع جهود تحسين الجودة في القطاع الصحي تحركها جهات التمويل والمنظمات الحكومية والخاصة والجمعيات المهنية. وقد يكون أهم ما تمخض عن هذه الحركات هو التوجه لوضع معايير الجودة النوعية أو توكيد الجودة في السبعينيات والثمانينيات الميلادية.

استتدت حركة وضع معايير الجودة بشكل كبير إلى النموذج النظري الذي قدمه أفييس دونابيديان والمبني على مدخل النظم لقياس أداء المنظمات الصحية من خلال نموذج شامل للأداء يقيس معايير المدخلات والعمليات والمخرجات (Donabedian, 1988). وتوجد العديد من الأساليب المتبعة لضمان الجودة وتقديرها منها: الملاحظة المباشرة للعمل، ومراجعة سجلات المرضى، ودراسة وتحليل المشكلات المبلغ عنها (المكتشفة)، والتقارير الدورية والعرضية للمراقبة ضمن إطار شامل كنظام المعلومات الصحية حيث ترتبط الوحدات بنظام للمعلومات مؤداه أن تحصل الأجهزة الرقابية على المعلومات عن مدخلات ونشاطات ومخرجات الأقسام أولاً بأول بصورة منتظمة بهدف اكتشاف الأخطاء التي تهدد ضمان الجودة في حينها (بن سعيد، ١٩٩٧).

وبعد عشرين عاماً من هذا التصور؛ اتجهت المنظمات الصحية لتطبيق المنهجيات التي قدمها إدوارد ديمينغ في إعادة بناء شركات التصنيع في أعقاب الحرب العالمية الثانية في اليابان. ديمينغ والذي يعرف بأنه أحد أهم رواد إدارة الجودة الشاملة، قدم عدداً من المبادئ اللازمة لتحقيق الجودة في المنظمات ومن أهمها وجود غاية ثابتة،

والتحليل المنهجي، وقياس خطوات العمليات ومقارنة ذلك بالنتائج المحققة (Arndt & Bigelow, 1995). ويعد نموذج إدارة الجودة الشاملة منهجاً تنظيمياً ينطوي على تفعيل عناصر أساسية ومنها القيادة الفاعلة، والعمل الجماعي، والتركيز على العمليات، والتفكير النظامي، والتغيير لتأسيس بيئة مواتية للتحسين (بن سعيد، ١٩٩٧). ويقوم هذا النهج على أساس التزام القيادات والمؤسسة بالكامل بتحسين الجودة من أجل تحقيق أفضل النتائج.

بدأ الاهتمام بمفهوم التحسين المستمر للجودة بالقطاع الصحي داخل الولايات المتحدة في نهاية الثمانينيات الميلادية، وذلك مع بدء المشروع القومي لإيجاد نموذج لتحسين جودة الرعاية الصحية (National Demonstration Project) والذي تزعّمه بلانتون جود فري^(٢) بالاشتراك مع دونالد برويك^(٣) وتم توثيق نتائج هذا المشروع في كتاب (شفاء الرعاية الصحية: إستراتيجيات جديدة لتحسين الجودة) (Berwick et al., 1990). ومع التطور الفكري في مجال إدارة الجودة قامت الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية في العام ١٩٩٢م بتغيير منهجها المعتمد على مفهوم توكيد الجودة (Quality Assurance) إلى منهج جديد يعتمد على مفهوم التحسين المستمر للجودة (Rakish et al, 1992)، وبذلك أصبح من المعايير الأساسية لاعتماد المستشفيات وجود آلية محددة للتحسين المستمر وقياس وتوثيق النتائج بما يتفق ومبادئ التحسين المستمر. واشترطت الهيئة أن يتم تطبيق هذا المفهوم مع نهاية العام ١٩٩٥م، مما مثل دافعاً للمنظمات الصحية للإسراع بتبني منهجية التحسين المستمر للجودة. واعتبر دونالد برويك أن إدارة الجودة الكلية تمثل مفهوماً جديداً لا يعتمد على المعايير والتفتيش (Inspection) وشهادات الاعتماد (Accreditation)، ولا يهدف لاتخاذ قرار برفض أو قبول منتج معيب، بل هي سعي مستمر للبحث عن فرص التحسين. ويصف (Marchese, 1994) إدارة الجودة الكلية بأنها من ناحية تُعد منهجاً إدارياً، ومجموعة من الأدوات، ومزيجاً من بعض الأفكار القديمة والحديثة (كنظرية النظم والضبط الإحصائي ونظريات السلوك الإنساني والقيادة والتخطيط، بالإضافة إلى المحاولات الأقل نجاحاً لتحسين الجودة كنظرية حلقات الجودة) والتي وضعت جميعاً في إطار جديد. وتُعد من ناحية أخرى ظاهرة تدعو إلى الإصلاح الإداري والتغيير الشامل في المنظمات والتركيز على الجودة والعملاء والحماس للتحسين.

(٢) مدير معهد جوران (Juran Institute) والذي أسسه جوزيف جوران (Joseph Juran) أحد قادة نظرية الجودة الكلية.

(٣) مدير معهد تحسين الرعاية الصحية (The Institute for Health Care Improvement) وأحد رواد الجودة في القطاع الصحي.

وقد تم توثيق التوجه نحو مفهوم التحسين المستمر في أحد الإصدارات المهمة للهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية والمعروف بـ "أجندة التغيير" (Agenda for Change)، والذي تؤكد فيه الهيئة على ضرورة الالتزام بالعناصر التالية (Rakish et al, 1992):

١. التركيز على الجودة: توجه المنظمة ككل نحو الجودة، مع وجود مشاركة فعالة من القيادة في دفعها وتحسينها.
٢. العملاء: الاهتمام باحتياجات العملاء، وجمع المعلومات من العملاء في الداخل والخارج، والحوار المشترك بين العملاء والموردين.
٣. العمليات: وصف العمليات الإكلينيكية والإدارية واتباع مدخل النظم، والاستفادة من الفرق متعددة الاختصاص.
٤. القياس: استخدام المعلومات وفهم الاختلافات وتقصي الأسباب.
٥. التحسين: وهو التزام باستمرارية جهود التحسين.

ويستخدم مصطلح التحسين المستمر للجودة (Continuous Quality Improvement) في مجال الرعاية الصحية بالتبادل مع إدارة الجودة الشاملة. وقد استخدم التحسين المستمر للجودة CQI كوسيلة لتطوير الممارسة السريرية من منطلق أن هناك فرصة للتحسين في كل عملية من عمليات الرعاية الصحية.

ومع التطور الذي شهدته علوم السلامة وتطبيقاتها في القطاعات الصناعية والهندسية والطيران وغيرها، وبعد إدراك أن أخطاء الرعاية الصحية تمس ١ من كل ١٠ مرضى في جميع أنحاء العالم؛ أعلنت منظمة الصحة العالمية أن سلامة المريض تمثل مصدر قلق في مختلف دول العالم. لذلك سعت المنظمات المعنية بجودة الرعاية الصحية وفي مقدمتها معهد الطب الأمريكي (IOM) والهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية، ومعهد تحسين الرعاية الصحية (Institute for Healthcare Improvement) إلى بحث سبل الاستفادة من هذه النجاحات مع بداية الألفية الثالثة. وانطلقت هذه الجهود من عدة أفكار أساسية أهمها "حتمية الخطأ البشري"، وتعقيد منظومة الرعاية الصحية الحديثة، وضرورة إجراء تحول جذري في الثقافة التنظيمية السائدة في المنظمات الصحية لتركز بشكل أكبر على السلامة وتدعم الاتصال المفتوح وخصوصاً حيال الأخطاء ومسبباتها. وتمحورت هذه الجهود في تطبيق النظريات ذات العلاقة بالسلامة كنظرية الحادث العادي، والموثوقية العالية، وهندسة العوامل

البشرية لبحث الأسباب الكامنة في منظومة الرعاية الصحية والتي تمثل تهديداً لسلامة المرضى والتركيز على الوقاية والتعلم التنظيمي المستمر.

مفهوم جودة الرعاية الصحية:

توجد العديد من المحاولات لتعريف مفهوم الجودة، لعل أبرزها التعريف الذي أوردته منظمة الصحة العالمية للجودة بأنها «الالتزام بالمعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع، ويتكلف معقولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على معدلات المراضة ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية» (Roemer And Montoya-Aguilar, 1988). ويتفق هذا التعريف مع المنظور التقليدي لجودة الرعاية الصحية والذي يفسرها بمطابقة المعايير والمواصفات المهنية، حيث تُعرف الرعاية الطبية الجيدة بأنها "هي تلك التي تمارس وتدرّس من قبل قادة مهنة الطب في فترة معينة من التطور الاجتماعي والثقافي والمهني في مجتمع معين" (2: 1995, De Geyndt). وبالنظر لهذا التعريف فإن الجودة تتحدد من قبل مقدمي الرعاية -الأطباء- على أساس الالتزام بالمعايير المهنية، وتُقاس بأثر رجعي باستخدام المعايير المحددة مسبقاً، مثال: معدلات انتشار العدوى في المستشفى، والعودة غير المتوقعة للمستشفى، ودقة الفحوص المخبرية، إلخ. وامتداداً لمنهج قياس المعايير عرّف معهد الطب (IOM) الجودة بأنها "درجة تحقيق النتائج المرجوة من الرعاية المقدمة للأفراد والمجتمع، ومدى توافقها مع المعرفة المهنية الراهنة" (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999).

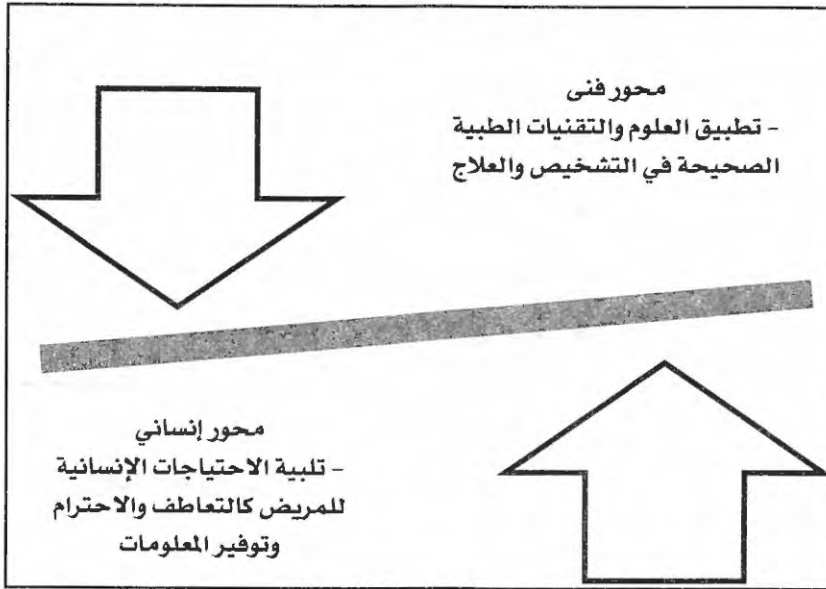
تأثرت هذه التعريفات بشكل كبير بالرؤى التي قدمها دونابيديان منذ أكثر من أربعين عاماً، والتي تبني من خلالها منظوراً شاملاً لجودة الرعاية الصحية يقوم على أساس قياس مؤشرات الهيكل والعمليات والنتائج أو المخرجات (Inputs-Process-Outcome) حسب ما هو موضح في الشكل (١-١). وتقيس مؤشرات الهيكل سهولة الحصول (Access) على الرعاية الصحية وتوافر وجودة الموارد الصحية، مثل التأمين الصحي، والطاقة الاستيعابية للمستشفى، والقوى العاملة المؤهلة. بينما تقيس مؤشرات العملية كيفية تقديم خدمات الرعاية الصحية من قبل الأطباء ومقدمي الرعاية، ومن ذلك على سبيل المثال مدى الالتزام بالمبادئ التوجيهية لرعاية مرضى السكري. أما مؤشرات النتائج فهي تدل على النتيجة النهائية للرعاية الصحية، والتي يمكن أن تتأثر بعوامل بيئية وسلوكية، ومن الأمثلة على ذلك رضا المرضى وتحسين الحالة الصحية (Donabedian, 1988).

الشكل رقم (١-١): مؤشرات جودة الرعاية الصحية وفق منظور دونابيديان.^(٤)



ويشير (Donabedian) إلى أن جودة الرعاية الصحية لها محوران (الشكل ١-٢): المحور الفني، والمحور الإنساني. ويتضمن المحور الفني تطبيق العلم والتقنية الطبية الصحيحة في التشخيص والعلاج، بينما يتضمن المحور الإنساني تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض كالتعاطف والاحترام وتوفير المعلومات، ويمثل المحور الإنساني الوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق الجودة الفنية والتقنية للرعاية، لذا فهو على نفس الدرجة من الأهمية. ويرى دونابيديان أن مفهوم الجودة يخضع لتقدير الأفراد ويختلف باختلاف اهتماماتهم وأولوياتهم وأهدافهم. وبذلك يختلف مفهوم الجودة باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي، فالجودة لدى المريض تعني تمكنه من الحصول على الرعاية متى احتاج إليها، بينما هي للطبيب تعني مدى تحقق النتائج المرجوة، والالتزام بأسس ومعايير الممارسة المهنية، واستخدام العلم والتقنية المتاحة، أما بالنسبة للمستشفى فالجودة تعني تحقيق رضا المستفيدين بأقل تكلفة ممكنة (الأحمدي ٢٠٠٠).

الشكل رقم (٢-١)، محاور جودة الرعاية الصحية حسب دونابيديان^(٤)

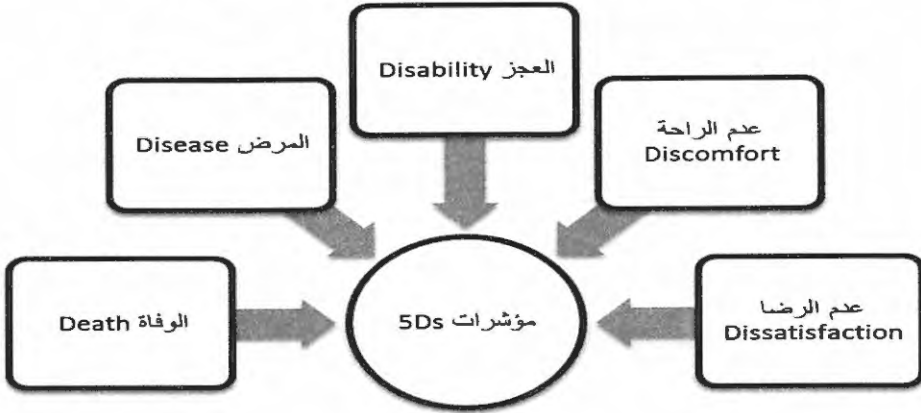


ويرى البعض أن تعريف جودة الرعاية الصحية على أساس المعايير يؤدي إلى التركيز بشكل أكبر على قياس مخرجات الرعاية، ومن ذلك المؤشرات الخماسية أو ما يعرف بـ (5Ds)^(٥) (الشكل ٢-١) وهي: الوفاة (Death)، والمرض (Disease)، والعجز (Disability)، وعدم الراحة (Discomfort)، وعدم الرضا (Dissatisfaction). وبالرغم من انتشار هذه التعريفات في الفترة التي واكبت انطلاقة الاهتمام بتطبيقات الجودة في المجال الصناعي وإمكانية الاستفادة منها في مجال الرعاية الصحية، إلا أنه ومع تنامي الاهتمام بمفهوم سلامة المرضى برزت الحاجة إلى تأسيس تعريف للجودة يكون أكثر إيجابية ويركز على الجوانب الوقائية ويأخذ في الاعتبار مقومات السلامة.

(٤) Donabedian, A. (1988). «The quality of care: How can it be assessed», Journal of the American Medical Association, 260(12).

(٥) Elinson, J., quoting himself in Donabedian, A., et al., Advances in Health Assessment Conference Discussion Panel. Journal of Chronic Diseases 40(Supplement 1):183S-191S, 1987.

الشكل رقم (١-٣): المؤشرات الخمسة لجودة الرعاية الصحية. 5Ds



مفهوم سلامة المرضى:

نظراً للتطور الذي شهدته علوم السلامة وتطبيقاتها في القطاعات الصحية طرأ تحول في مفهوم جودة الرعاية الصحية تبلور في جهود معهد الطب مؤخراً لتحديد عناصر الرعاية الجيدة للقرن ٢١ والتي تتركز على المكونات المفاهيمية للجودة بدلاً من مؤشرات قياسها. ويعد الكثيرون أن جودة الرعاية الصحية هي المظلة الكبرى التي تندرج تحتها سلامة المرضى، ويرى معهد الطب (IOM) أنه من غير الممكن فصل سلامة المرضى عن جودة الرعاية الصحية. وبالتالي تعرف الجودة حالياً كالتالي: "الرعاية الجيدة هي الرعاية الآمنة والفعالة والتي تركز على المريض وتُقدّم له في الوقت المناسب وبكفاءة وإنصاف". وهكذا تظهر سلامة المريض على أنها الأساس الذي تقوم عليه جميع الجوانب الأخرى لجودة الرعاية. تعرّف سلامة المرضى بأنها الوقاية من الإصابة العرضية والخطأ، وهي لا تكمن في شخص أو جهاز أو وحدة إدارية بعينها، ولكنها تظهر من خلال التفاعلات بين مكونات النظام ككل (Kohn et al., 1999). كما تعرف بأنها تقليص النتائج السلبية أو الإصابات الناجمة عن عمليات الرعاية الصحية (Kohn et al., 1999). وأخيراً تعرف سلامة المرضى بأنها "الإجراءات المتخذة من قبل الأفراد والمنظمات لحماية المستفيدين من الرعاية الصحية من التعرض للضرر المرتبط بتلقي الرعاية".

سلامة المرضى كخاصية في النظم الصحية؛

وفق منظور النظم تعد سلامة المرضى سمة من سمات نظم الرعاية الصحية تمنع وقوع الأحداث الجسيمة (Adverse Events)، وتخفف من آثارها، وتساعد على التعافي منها. ويتمثل الهدف من برامج السلامة في تصميم نظم "أمنة" تضمن التنفيذ السليم لإجراءات العمل. ويعرف التصميم المثالي لنظم الرعاية بأنه ذلك الذي لا يمكن أن يؤدي العاملون فيه وظائفهم بشكل غير صحيح (Reason, 1990). وبعيداً عن هذا المثل الأعلى، فقد تم توجيه الكثير من الجهد في القطاعات الصحية نحو تطوير الدفاعات أو الحواجز التي تحول دون ارتكاب الأفعال غير الآمنة، بحيث يتطلب الأمر تجاوز العديد من هذه الحواجز قبل أن يقع حادث أو خطأ يعرض المريض للضرر. لذلك تهدف جهود سلامة المرضى إلى تحقيق موثوقية تنظيمية عالية في ظل المخاطر المحتملة في نظم الرعاية الصحية والتي يمثل المرض "Illness" المصدر الأول لها بينما يمثل التدخل العلاجي "Clinical Intervention" المصدر الثاني (Reason, 1990). وبطبيعة الحال يتم تطبيق منهجيات السلامة على المصدر الثاني للخطر لأنه يقع في دائرة سيطرة الأنظمة الصحية خلافاً للمصدر الأول. وإذ تتطلب الرعاية الصحية بذل كل ما يمكن لعلاج المرض، فقد يتسم التدخل العلاجي بدرجة من الجرأة والخطورة، لذلك يعد الخطر والسلامة وجهان لعملة واحدة هي العلاج.

وبعد خبراء سلامة المرضى الأنظمة الصحية نموذجاً لما يُعرف بالتعقيد التنظيمي (Organizational Complexity) والتي تعتمد على مهارات وأساليب وتقنية معقدة وفئات متعددة من العاملين مما يجعلها أكثر عرضة للفوضى والخطأ والأحداث غير المتوقعة (Reason, 1990). لذلك فكلما كان تصميم التدخلات العلاجية أكثر جودة في مواجهة كل ما يمكن (أو مالا يمكن) التنبؤ به من أحداث الفشل المحتمل أو الوشيك -بحيث يمكن الوقاية منها أو التدخل للحد من آثارها السلبية- كلما زادت متانة نظم الرعاية الصحية وتميزت بالأمان.

سلامة المرضى كتخصص علمي؛

برزت سلامة المرضى في السنوات الأخيرة كتخصص مستقل وحديث نسبياً وإن لم تكتمل معالمه أو إطاره العلمي بعد، حيث يتداخل مع مجموعة من التخصصات

النظرية والعلمية ويستفيد منها بهدف تطوير جهود وأدوات التحسين. وفي هذا التخصص يتم تطبيق نظريات وأساليب علوم السلامة المستفادة من القطاعات التجارية والصناعية على الرعاية الصحية بهدف تأسيس نظام للخدمات الصحية ذي موثوقية عالية (High Reliability). وتطرح العديد من المؤسسات الأكاديمية حالياً برامج عليا في هذا المجال اعترافاً بسلامة المرضى كتخصص أكاديمي مستقل. ومع أن هذا التخصص يندرج ضمن دراسة جودة الرعاية الصحية إلا أن أساليبه وأدواته تأتي إلى حد كبير من تخصصات خارج مجالات الطب والعلوم الصحية، وخاصة من علم النفس المعرفي، وهندسة العوامل البشرية، وعلوم الإدارة والتنظيم. ويتطلب تطبيق علوم السلامة على الرعاية الصحية إشراك خبراء في التخصصات ذات الخبرة في تطبيقات السلامة مثل الهندسة، ولكن بدون انحراف عن الأهداف أو الطبيعة المتأصلة لمهنة الطب وغيرها من المجالات الصحية.

تستخدم علوم سلامة المرضى الأساليب المناسبة لهذا الغرض، ويتم استخلاصها من مجموعة من التخصصات العلمية الأخرى، ومن ذلك على سبيل المثال، تحليل وفهم الخطأ البشري، والذي يعتمد على علم وظائف الأعضاء البشرية وعلم النفس، وتحليل النظم وتحسين الجودة، وعلوم الهندسة والإدارة والسلوك التنظيمي، والعلوم الاجتماعية، وبحوث الخدمات الصحية.

وعلى الرغم من أن علوم السلامة تستند بشكل كبير على الأساليب العلمية إلا أن المحرك الأساسي والمتطور للتحقيق في قضايا سلامة المرضى يستخدم أسلوب السرد القصصي، لأن قصص الأحداث السلبية تعطي تصوراً أكثر عمقاً عن قضايا السلامة في المنظمة وتساعد على إيجاد الحلول التطويرية لمنع حدوثها مستقبلاً. من جانب آخر فإن العلوم الأساسية تساهم في بلورة علم السلامة إذ تستخدم علوم أساسية مثل الكيمياء أو علم الأحياء دورة جوهريها الملاحظة وصياغة الفرضيات واختبارها والتحقق منها أو تغييرها اعتماداً على نتائج الاختبار. ويؤدي الخروج عن هذا الأسلوب المنهجي العلمي إلى الاعتماد على معلومات ضعيفة المصدقية. وخلافاً للمنهجيات العلمية المتبعة في العلوم الأساسية والقائمة على تكرار التجارب العلمية، فإنه لا يمكن لأسباب أخلاقية وعملية في مجال الرعاية الصحية تكرار الأخطاء عمداً للتحقق منها وإعادة تمثيلها إلا عند استخدام أساليب المحاكاة (Simulation). ومع ذلك؛ عندما

يستخدم الأسلوب التحليلي بطرق إبداعية ومختلفة في كل مرة يمكن التوصل إلى رؤية جديدة لتحسين تصميم نظم الرعاية الصحية. المهم في هذا المجال التأكيد على أن سلامة المرضى أصبحت وبشكل متنامي علماً قائماً بذاته ويستمد الكثير من أدواته من علوم أخرى، ويطبقها بطرق إبداعية ملائمة للهدف المنشود.

أهداف الرعاية الصحية الآمنة:

وفقاً لتقرير لمعهد الطب (Institute of Medicine) في الولايات المتحدة الأمريكية بعنوان "عبور هوة الجودة" (IOM, 2001) "Crossing the Quality Chasm" هناك ستة أهداف ينبغي أن تكون محل تركيز مقدمي الرعاية والقائمين على جميع مرافق الرعاية الصحية حسب ما يبينه الشكل رقم (٤-١).

الشكل رقم (٤-١): أهداف الرعاية الصحية الآمنة.



الهدف ١ - الرعاية الآمنة:

ينبغي أن تكون بيئة الرعاية الصحية -في جميع عملياتها لجميع المرضى باختلاف فئاتهم وخلفياتهم، وباختلاف مقدمي الرعاية، وفي جميع الأوقات- آمنة. أي ألا تختلف جودة الرعاية باختلاف الظروف المحيطة بتقديم الرعاية، سواء كان ذلك الاختلاف إيجابياً أو سلبياً، على سبيل المثال؛ ينبغي ألا تتخفف جودة الرعاية أثناء فترات المناوبات الليلية وعطلات نهاية الأسبوع، وألا ترتفع جودة الرعاية فقط لأن المريض أو ذويه من أصحاب النفوذ. فالرعاية المقدمة للمرضى بجميع فئاتهم لا بد أن تسعى أولاً إلى عدم تعرض المريض لخطر أو لإصابته بضرر ناجم عن عمليات الرعاية ذاتها.

ومن أبرز الأمثلة على عوامل الخطورة المؤثرة على سلامة المرضى عملية تبادل المرضى عند تبديل الورديات أو المناوبات (Handoffs). ويعد تبادل المرضى وتبادل المعلومات التي تخصهم أثناء تبديل ورديات العمل جزءاً لا يتجزأ من واقع الرعاية السريرية، إذ يتم تحويل المرضى بين مقدمي الرعاية، أو نقلهم من بيئة إلى أخرى (نقل المرضى على سبيل المثال إلى قسم الأشعة أو العمليات)، وتبادل المعلومات المتعلقة بالمرضى بين مقدمي الرعاية. ويمكن خلال هذه النقلة فقدان معلومات مهمة أو وقوع لبس يؤدي بطبيعة الحال إلى ارتكاب خطأ يعرض المريض للخطر. لذلك يُعد أهم أهداف السلامة تقديم رعاية آمنة باستمرار، ولا تختلف باختلاف الزمان والمكان والأشخاص والظروف والملابسات.

الهدف ٢ - الرعاية الفعالة والمبنية على الأدلة العلمية:

لكي تتحقق السلامة لا بد من تحديد خيارات الرعاية بناءً على أفضل الأدلة العلمية المتوفرة حول فاعلية العلاجات والإجراءات الطبية. إلا أن هذا ليس ممكناً دائماً إذ لا يتوفر في بعض الحالات دليل قاطع على فاعلية بعض العلاجات لعدم خضوعها للدراسات والبحوث المناسبة. وحتى عندما تتوفر الأدلة الموثوقة -والقائمة على البحوث العلمية- لا تكون بالضرورة دائماً في متناول مقدمي الرعاية والمرضى، وقد لا تتوفر الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة لتطبيقها.

ويترتب على عدم كفاية الأدلة والبراهين العلمية وعدم استخدامها عواقب حقيقية للمرضى، إذ لا يحصل المرضى على الرعاية التي يحتاجون إليها والتي ثبتت فاعليتها في منع وتشخيص المرض أو علاجه. وفي دراسة أجرتها مؤسسة راند تبين أن في

المتوسط حوالي ٥٥ في المئة فقط من المرضى البالغين والذين يعانون من ٣٠ حالة مرضية مزمنة أو حادة في الولايات المتحدة يحصلون على الرعاية المثبتة فاعليتها، في المقابل يحصل كثير من المرضى على رعاية غير ضرورية لن تساعدهم بالضرورة على الحياة بشكل أفضل أو لمدة أطول، بل على العكس من ذلك قد تعرضهم لآثار جانبية خطيرة (McGlynn, Asch, Adams, et al., 2003). ومن هنا نستنتج أن من الممكن جداً منع الكثير من الأخطاء الطبية لأنها في الغالب تنتج عن قرارات طبية مبنية على معلومات غير كافية. لذلك فإن إجراء البحوث والدراسات الطبية المستقلة والقائمة على منهجية علمية سليمة ونشر نتائجها سيؤدي إلى اتخاذ قرارات طبية واعية ومستندة إلى دلائل علمية موثقة، مما يحسن نوعية الرعاية ويحد من الهدر المترتب على العلاجات غير الفعالة، ويعزز من سلامة المرضى. كما ينبغي العمل بشكل مستمر على توفير المعلومات لمقدمي الرعاية حول أحدث الدلائل والبراهين العلمية ونتائج الدراسات الطبية لتمكينهم من اتخاذ القرارات العلاجية السليمة. ويعد التعلم الذاتي والحرص على مواكبة المستجدات في مجال التخصص من أهم المهارات التي ينبغي أن يتقنها الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية للعمل بشكل مستمر على تطوير قدراتهم وتحسين مستوى الرعاية المقدمة.

وتستمد الأدلة والبراهين العلمية من أربعة أنواع من الأبحاث: التجارب المعملية، والتجارب السريرية، والبحوث الويائية، ودراسات مخرجات الرعاية، بما في ذلك تقارير الحالات الطبية. وبمنظرة مستقبلية يشير تقرير «عبور هوة الجودة Crossing the Quality Chasm» إلى أن «القاعدة المعرفية حول الرعاية الفعالة وتطبيقاتها في المرافق الصحية تتوسع باستمرار من خلال تحسين طرق الوصول إلى المعلومات، وتلخيصها، وتقييم المعلومات والدلائل العلمية وجعلها متاحة في نقطة رعاية المريض». كما تيسر نظم تكنولوجيا المعلومات المستخدمة في بعض مرافق الرعاية الصحية الحصول الفوري على المبادئ التوجيهية السريرية والدلائل الإرشادية خطوة بخطوة لتنفيذ مختلف الإجراءات، بالإضافة إلى المعلومات المستندة إلى أدلة علمية (IOM, 2001). وفي حال عدم توفر الأدلة العلمية تقوم هذه الأنظمة برصد وتوفير آراء الخبراء المتخصصين في المجال. ومع تواجد الأدلة والبراهين العلمية لابد كذلك من تبني مقدمي الرعاية منهجية علمية لإجراء مراجعة ذاتية لنتائج خدمات الرعاية التي يقدمونها باستمرار لتقويمها وتطويرها.

ومن أهم المزايا التي توفرها الدلائل الإرشادية المستندة للأدلة والبراهين:

١. تقليل الآثار الضارة للرعاية لا سيما تلك التي تتطوي على تشخيص غير صحيح، أو إجراءات وفحوصات عفا عليها الزمن، أو على درجة من الخطورة، أو الإفراط في استخدام أدوية غير مفيدة أو ضارة.
٢. توفير إطار مشترك لتحسين التواصل بين الأطباء والمرضى ومقدمي التأمين الصحي.
٣. تقليل الأخطاء المتعلقة بتبديل الورديات وتغيير مقدمي الرعاية من خلال توفير خطة متسقة وموحدة للرعاية.
٤. تمكين المعلومات -حول فاعلية العلاجات الطبية- مقدمي الخدمات والمستهلكين والمشتريين من الاستفادة من الموارد المحدودة وترشيد استخدامها.
٥. مع التقدم الطبي، يمكن للأطباء والمرضى مواكبة التطورات الجديدة والعلاجات من خلال تحسين المبادئ التوجيهية.

الهدف ٣ - الرعاية المرتكزة على المريض:

من المفاهيم التي حظيت باهتمام المختصين بجودة الرعاية الصحية في السنوات الأخيرة مصطلح الرعاية المرتكزة على المريض (Patient Centered Care) والذي يشمل العديد من العناصر المهمة لتحقيق رعاية آمنة ومطابقة لتوقعات المستفيدين. وفقاً لهذا المفهوم يعد المريض - أو من يعينه كمتخذ للقرار - شريكاً كاملاً في توفير الرعاية الرحيمة والقائمة على أساس احترام تفضيلات المريض وقيمه واحتياجاته.

ويحدد الخبراء عدة أبعاد لهذا المفهوم، بما في ذلك:

- احترام قيم المرضى وتفضيلاتهم واحتياجاتهم.
- تنسيق وتكامل الرعاية وتبادل المعلومات بين مختلف فئات مقدمي الرعاية.
- توفير الراحة الجسدية وتقديم الدعم العاطفي.
- إشراك عائلة المريض وذويه.
- تعزيز الشعور بالثقة والاحترام خلال تلقي الرعاية والتواصل مع مقدميها.
- مراعاة الظروف الفردية والقيم الشخصية للمريض.

- إتاحة الفرصة للمرضى لفهم الخيارات المتاحة والمشاركة في اتخاذ القرارات العلاجية.
- توفير المعلومات والتثقيف والدعم الذي يحتاجه المرضى لرعاية أنفسهم والحفاظ على صحتهم.
- توفير المتابعة المستمرة في مختلف مراحل المرض والعلاج.

وتتميز الرعاية المرتكزة على المريض بالتعاطف، والرحمة، والاستجابة لاحتياجات المرضى، والتكيف مع تنوع خلفياتهم الثقافية والاجتماعية. وتسعى لتأسيس شراكة مع المرضى وأسرهم لضمان أن القرارات الموضوعية تقوم على الاحترام والخضوع لما يريده المرضى وتفضيلاتهم، والتأكد من أنهم يمتلكون المعلومات والدعم اللازم للاعتماد على أنفسهم. وفقاً لهذا المنظور فإن ممارسة الرعاية المرتكزة على المرضى سوف تتبع -في كل مرة يتلقى فيها المريض الرعاية الصحية- إستراتيجيات هادفة لتعزيز الاتصال الفعال للتوصل إلى فهم واضح لاحتياجات المرضى وتفضيلاتهم وقيمهم، حتى لو تعارض ذلك مع توجهات مقدمي الرعاية (IOM, 2001). وعندما يطبق هذا المفهوم على الرعاية الصحية للأشخاص الذين يعانون من مرض مزمن أو مرض خطير أو حالة حرجية مثل العدوى أو الإصابة، فإنه يتطلب من مقدمي الرعاية الصحية التحول إلى النموذج التعاوني للرعاية حيث يعملون في شراكة تامة مع المريض وأسرته في تحديد احتياجات الرعاية الصحية واتخاذ قرارات العلاج. ويتطلب هذا الأسلوب أن يتم تقديم التثقيف الصحي للمريض والعمل على تغيير السلوك وتعزيز الرعاية الذاتية وإستراتيجيات الدعم الحاسمة للسيطرة على الأمراض المزمنة والحادة، من خلال توجه واضح يجعل المريض محورياً للتواصل والتثقيف وأساساً لهذه الشراكة.

من جانب آخر يعد تطبيق الرعاية المرتكزة على المريض عاملاً مساعداً لتحقيق أهداف أخرى لنظام الرعاية الصحية مثل سلامة المرضى والسرعة والفاعلية والكفاءة والإنصاف. ويتيح هذا الأسلوب الفرصة للمرضى لطرح القضايا والأسئلة والمخاوف التي قد لا تظهر في النمط التقليدي للرعاية المرتكزة على الطبيب، وقد تساعد هذه القضايا والاهتمامات بشكل كبير على تعزيز فهم مقدم الرعاية ورفع فاعلية العلاج (IOM, 2001). وبناءً على هذا التوجه فإن الرعاية المرتكزة على المريض توجد الثقة والحوار والتفاهم المتبادل الضروري لكل من مقدمي الخدمات والمرضى على حد سواء لإدراك ومعالجة العديد من العوامل السلوكية والنفسية والسياقية التي تؤثر على

فاعلية الرعاية. وبهذا تدعم الرعاية المرتكزة على المرضى نموذجاً متكاملًا للرعاية الصحية يتضمن العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية إلى جانب العوامل الحيوية-الطبية في عملية التشخيص والعلاج. وتُعد عناصر الرعاية المرتكزة على المريض أول وأهم الجوانب التي يلمسها المريض في منظومة الرعاية الصحية والتي تؤثر في درجة رضاه عن الرعاية المقدمة له.

الهدف ٤ - تقديم الرعاية في الوقت المناسب؛

تؤثر العديد من العوامل الداخلية والخارجية لبيئة الرعاية الصحية في توقيت تقديم الخدمة. وتؤكد الدراسات عدم حصول المرضى في مختلف دول العالم على الرعاية التي يحتاجونها في الوقت المناسب سواءً كان في ذلك العيادات الخارجية أو أقسام التنويم أو الطوارئ وغيرها (IOM, 2001). بل في كثير من الأحيان يجد المرضى الذين يحتاجون إلى عناية طبية فورية أنفسهم في أقسام الطوارئ المكتظة لآخرها بالمراجعين ويتأخر حصولهم على الرعاية اللازمة. كما يتأخر الأفراد الذين لا يملكون تأميناً صحياً أو لا تشملهم شروط أهلية العلاج في الحصول على الرعاية التي يحتاجونها، وتتأخر مواعيد العيادات الخارجية والعمليات الجراحية نظراً لطول قوائم الانتظار. وللتغلب على مشكلة تأخر تقديم الرعاية تعتمد بعض المنظمات الصحية إلى تشجيع مقدمي الرعاية على العمل بشكل أسرع وخدمة عدد أكبر من المرضى، بدلاً من البحث عن سبل تطوير إجراءات تقديم الخدمة وإعادة تصميمها. وبطبيعة الحال فإن هذا النهج نفسه قد يمثل مصدر الخلل الذي يؤثر سلباً على جودة الرعاية وسلامة المريض ويؤدي لوقوع المزيد من الحوادث والأخطاء.

ومن أبرز الجهود لتحسين توقيت الرعاية توظيف التقنية بالتوسع في استخدام أنظمة الاتصال الإلكتروني لتقديم المشورة الطبية، وتوفير تطبيقات التطبيب عن بعد لربط المناطق الريفية والحضرية، والتي قد تعد في مجملها جزءاً من مجموعة أدوات التطوير القائمة على تقنية المعلومات والتي تزيد من فرص توفير الرعاية في الوقت المناسب.

الهدف ٥ - كفاءة الرعاية:

يشير الخبراء إلى أن الخدمات الصحية في العديد من الدول لا تتسم بالكفاءة الاقتصادية، بمعنى أن الإنفاق على الخدمات الصحية -بغض النظر عن مصدر هذا الإنفاق (حكومي أم خاص)- لا ينعكس بالضرورة على مؤشرات جودة الرعاية. لذلك يعد الاستخدام الرشيد للخدمات الصحية أحد أهم مؤشرات جودة الرعاية بهدف الاستغلال الأمثل للمقومات والإمكانات الاقتصادية المخصصة للرعاية الصحية. كما تعد كفاءة الرعاية أحد مقومات السلامة لأنها تسهم في إتاحة الفرصة العادلة للحصول على الخدمات الصحية لكل من يحتاجها بدون إسراف أو تقتير. من جانب آخر فإن الكفاءة الاقتصادية في الرعاية الصحية تعني الاهتمام بالخدمات الوقائية والتشخيصية والمتابعة المستمرة والاستثمار فيها بقدر الاهتمام بالجوانب العلاجية والتأهيلية والتي قد تمثل أكبر مصدر للتكلفة المرتبطة بالرعاية الصحية (IOM, 2001).

الهدف ٦ - عدالة الرعاية:

يقصد بالعدالة حصول الجميع على الرعاية الصحية بغض النظر عن خصائصهم الشخصية وظروفهم الاجتماعية والاقتصادية. وتواجه العديد من المجتمعات تحديات كبيرة لتحقيق العدالة تنعكس في تفاوت فرص الحصول على الرعاية الصحية من قبل الجماعات العرقية والاجتماعية والاقتصادية، إضافة إلى سوء التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية. لذلك فإن من أهم أهداف الرعاية الصحية الآمنة هو تحقيق العدالة في الحصول على الخدمات لجميع أفراد المجتمع بغض النظر عن خلفيتهم العرقية والاجتماعية وموقعهم الجغرافي ومستواهم المادي.

خاتمة:

سعى هذا الفصل إلى تسليط الضوء على التوجه العالمي لتعزيز سلامة المرضى كأحد أبرز القضايا التي حظيت باهتمام المعنيين في مختلف دول العالم خلال العقدين الأخيرين. وعلى الرغم من أن الاهتمام بجودة الرعاية الصحية كان متجذراً في تاريخ ممارسة الطب منذ آلاف السنين، إلا أن مفهوم الجودة تغير عبر العقود ليخرج من نطاق المسؤولية الفردية والأخلاقية لمقدم الرعاية إلى نطاق يشمل جميع عناصر منظومة الرعاية الصحية. ولا ينفصل مفهومًا جودة الرعاية وسلامة المريض، إلا أن السلامة هي الأساس الذي تقوم عليه جميع الجوانب الأخرى لجودة الرعاية، وتعرف

بأنها «الإجراءات المتخذة من قبل الأفراد والمنظمات لحماية المستفيدين من الرعاية الصحية من التعرض للأضرار المرتبطة بالرعاية الصحية». وإذ يعد منظور النظم جزءاً لا يتجزأ من نظرية السلامة، تعد سلامة المرضى سمة أساسية من سمات نظم الرعاية الصحية وتهدف إلى منع وقوع الأحداث الضائرة (Adverse Events)، وتخفف من آثارها، وتساعد على التعافي منها. وقد برزت سلامة المرضى في السنوات الأخيرة كعلم قائم بذاته، إلا أنها تستمد الكثير من أدواتها ومنهجيتها من علوم عدة، كالإدارة، والإحصاء، والسلوك الإنساني وغيرها. وتهدف الرعاية الآمنة في مضمونها إلى تحقيق عدة أهداف في آن واحد: سلامة وأمان الرعاية، والاستناد إلى البراهين والأدلة العلمية، والتركيز على المريض، وتقديم الرعاية في الوقت المناسب، والكفاءة في استخدام الموارد، وتحقيق العدالة في الحصول على الخدمات والرعاية الصحية. ولا ينحصر الاهتمام بسلامة المرضى في المنظمات ذات الجودة المتدنية، وإنما ينبغي أن يكون اهتماماً مستمراً لجميع أطراف الرعاية الصحية ومنظماتها، بحيث تسعى لتحسين أدائها والارتقاء بمؤشرات الجودة والسلامة مهما تميزت في الأداء.

الفصل الثاني

الأخطاء ومسبباتها في الرعاية الصحية

شهد تاريخ ممارسة الطب في مختلف مراحلها اهتماماً بالغاً بالمسؤولية المهنية -لمقدمي الرعاية الصحية- عن حماية المرضى وتقديم الرعاية الآمنة في إطار ضوابط قانونية وأسس تشريعية. وحددت الحضارات القديمة عقوبات صارمة للأخطاء الطبية، تصل في الحضارة المصرية القديمة إلى حد الإعدام. وفي شريعة حمورابي تتدرج العقوبة من قطع اليد إلى العبودية. وفي الحضارة الإغريقية، وضع أبو الأطباء "أبقراط" أول قسم للأطباء "أولاً: لا تسبب ضرراً First do no harm". كما وضع الفقهاء في الشريعة الإسلامية ضوابط الممارسة الطبية بالاستناد إلى النصوص الشرعية، ويميزوا بين الموت بسبب العلاج وبين الموت بقصد جنائي. ومما يذكر للخليفة العباسي (المقتدر) أنه أمر بمنع جميع الأطباء من الممارسة إلا بعد خضوعهم لاختبار من قبل رئيس الأطباء في عهده (سنان بن ثابت بن قرة) (منير رياض، ١٩٨٩). كما وردت العديد من النصوص الشرعية التي اختصت بالخطأ ومنها قوله تعالى: "ليس عليكم جناح فيما أخطأتم به ولكن ما تعمدت قلوبكم" الأحزاب الآية ٥، وحديث رسول الله (ﷺ): "من تطيب ولم يعلم منه طب فهو ضامن".

وفي عصرنا الحاضر حظيت المسؤولية المهنية لمقدمي الرعاية الصحية باهتمام كبير نظراً للتطور الذي شهدته العلوم الطبية والوسائل العلاجية الحديثة، وما ترتب على ذلك من توسع في المهن الصحية، وتعدد فئات الممارسين، والاعتماد الكبير على التقنية، وتعقيد منظومة الرعاية الصحية. وبطبيعة الحال فقد ترتب على التطورات التي تشهدها مزاولة المهن الصحية وجود مساحة أكبر لارتكاب الأخطاء ووقوع الحوادث.

ويشير تقرير «كل ابن آدم خطأ» والصادر عن معهد الطب في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن ٤٤٠٠٠ إلى ٩٨٠٠٠ شخص يموتون كل عام بسبب الأخطاء الطبية، وبما يفوق معدل الوفيات الناجمة عن حوادث السيارات وسرطان الثدي ومرض الإيدز، مما يجعل الأخطاء الطبية أحد أهم أسباب الوفاة في الولايات المتحدة (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999). وتستند هذه الاستنتاجات التي توصل لها التقرير إلى دراسة أجرتها مجموعة مشتركة من المنظمات من بينها وكالة أبحاث

الرعاية الصحية والجودة (AHRQ). وإذ كشف تقرير "كل ابن آدم خطأ" عن حجم ظاهرة الأخطاء الطبية وخطورتها، يشير البعض إلى أنه كسر حاجز الصمت الذي يحيط بالأخطاء الطبية وآثارها. وفي الوقت الذي كشف فيه هذا التقرير عن معدلات وقوع الأخطاء والحوادث الطبية، فقد أكد في الوقت ذاته أهمية عدم توجيه أصابع الاتهام إلى العاملين في مجال الرعاية الصحية والذين يؤدون عملهم بتقان وإخلاص ويخطئون لأنهم بشر. لذلك أكد التقرير أهمية وضع أجندة للحد من الأخطاء الطبية وتحسين سلامة المرضى بتصميم نظم صحية آمنة وليس بالضرورة بتوجه اللوم للعاملين.

ويتناول هذا الفصل مفهوم الخطأ البشري ويتطرق لمداخل تفسير الخطأ استناداً إلى النموذج الذي قدمه (James Reason) لمسببات الأخطاء والحوادث في مجال الرعاية الصحية. ويستند هذا النموذج على التجارب المكتسبة من قطاعات الطيران مجال السلامة، وتطبيق ما يعرف بـ "نموذج الجبن السويسري" لمسببات الحوادث التنظيمية لتوضيح العلاقة بين الحوادث والأخطاء والعوامل الكامنة في النظم الصحية. كما يتطرق هذا الفصل إلى تصنيف الأخطاء البشرية ومعوقات تفسير الخطأ البشري، للتوصل إلى فهم أوسع للأخطاء والحوادث في المجالات الصحية يتخطى المنظور التقليدي الذي يوجه اللوم للأفراد ويمتد ليشمل العوامل الكامنة في نظم الرعاية الصحية.

مفهوم الخطأ والضرر:

يُعرف «الخطأ» بأنه تنفيذ مهمة أو عمل ما بشكل غير صحيح، ويتمثل في الانحراف بين ما حدث بالفعل وما ينبغي أن يحدث. كما يُعرف «الخطأ البشري» بأنه الفشل في إنجاز عمل ما وفق الخطة الموضوعة، أو اتباع إجراء غير صحيح لتحقيق الهدف المنشود. وفي مجال الرعاية الصحية، كان التركيز حتى وقت قريب على الأخطاء التي يرتكبها الأطباء دوناً عن غيرها من الأخطاء، باعتبار أن الطبيب قائد فريق الرعاية الصحية والمسؤول الأول عن نتائج الرعاية، ولذلك يستخدم مصطلح «الأخطاء الطبية» بشكل واسع يضع مسؤولية المخرجات السلبية على الأطباء. ومن هذا المنطلق، يُعرف الخطأ الطبي بأنه «عدم قيام الطبيب بالالتزامات الخاصة التي تفرضها عليه مهنته». كما يُعرف بأنه: «تقصير في مسلك الطبيب لا يقع من طبيب يقظ وجد في نفس

الظروف الخارجية التي أحاطت بالطبيب المسؤول».

ومن الناحية الفقهية، يُعرف الخطأ الطبي بأنه: «كل مخالفة أو خروج من الطبيب في سلوكه على القواعد والأصول الطبية التي يقضي بها العلم، أو المتعارف عليها نظرياً وعملياً وقت قيامه بالعمل، أو إخلاله بواجبات الحيطة والحذر واليقظة التي يفرضها القانون وواجبات المهنة، متى ترتب على فعله نتائج جسيمة في حين كان في قدرته وواجباً عليه أن يكون يقظاً وحذراً في تصرفه حتى لا يضر بالمريض» (منير رياض، ١٩٨٩). أي أن الخطأ الطبي يرتبط بانحراف مقدم الرعاية عن السلوك الطبي العادي والمألوف وما يقتضيه من يقظة وحذر لدرجة الإهمال الذي يؤدي إلى إلحاق الضرر بالمريض.

ولعل أول من صنف الأخطاء الطبية هو الفقيه الفرنسي "ديمولوب" والذي ميز بين الأخطاء العادية والتي تصدر عن الطبيب بصفته الإنسانية ولا دخل لها بصفته المهنية، والأخطاء التي تتصل بالأصول الفنية للمهنة، وذلك كالتالي (منير رياض، ١٩٨٩):

- الخطأ العادي (المادي): وهو الذي يمكن أن يصدر عن أي فرد من الناس سواء كان طبيباً أم لا، ويتمثل في الإخلال باتخاذ العناية التي يتوجب على كافة الناس التقيد بها، وهو خطأ لا يخضع للنواحي الفنية في علم الطب، ومن أمثلته انتهاك خصوصية المريض، أو رفض تقديم الرعاية له، أو سوء معاملته، أو استخدام أدوات غير معقمة.
- الخطأ الفني (المهني): ويتمثل في الخروج أو الإخلال بأصول وقواعد ممارسة المهنة. ومن أمثلته: تجاهل نتائج الفحوصات والتحليلات، الخطأ في تشخيص حالة المريض، الخطأ في نقل الدم، أو وصف دواء لا يتناسب مع حالة المريض، أو عدم التحقق من تحمل المريض للتخدير اللازم لإجراء العملية مما يترتب عليه إلحاق ضرر بالمريض والتسبب في إحداث عاهة له أو تفاقم علته. وتفاوت درجة الخطأ الفني فقد يكون خطأ جسيماً أو يسيراً. والخطأ الجسيم هو الذي يتحقق نتيجة الجهل بالقواعد الأساسية والأصول الفنية في علم الطب، أو عن غش ومخالفة وإغفال لواجبات المهنة.

وإذ يرى البعض أن مصطلح الأخطاء الطبية يشير إلى الأخطاء التي يرتكبها الأطباء، إلا أن النظرة الواعية لواقع الرعاية الصحية اليوم تحتم أن يشمل هذا المفهوم جميع فئات مقدمي الرعاية الصحية من أطباء وفنيين وممرضين. وتعرف المادة

السادسة والعشرون من نظام مزاوله المهن الطبية بالمملكة العربية السعودية الخطأ في مجال الرعاية الصحية بأنه: كل خطأ مهني صحي صدر من الممارس الصحي وترتب عليه ضرر للمريض يلتزم من ارتكبه بالتعويض، وتحدد (الهيئة الصحية الشرعية) المنصوص عليها في هذا النظام مقدار هذا التعويض. ومن ذلك يتضح أن مفهوم الخطأ في مجال الرعاية الصحية لا يقتصر على الأخطاء التي يرتكبها الأطباء، وإنما يشمل الأخطاء التي تسهم في وقوعها جميع فئات مقدمي الرعاية الصحية بمختلف تخصصاتهم.

ولا ينحصر مفهوم الخطأ في المسببات الفردية للأخطاء والمرتبطة بقصور الأداء البشري فحسب، وإنما يمتد ليشمل جميع العوامل المسببة للأخطاء، والتي قد ترتبط في غالب الأمر بمنظومة وسياق الرعاية الصحية. وبناءً على هذا يُعرف الخطأ في مجال الرعاية الصحية بأنه أحد الآثار السلبية للتدخلات العلاجية والتي يمكن الوقاية منها، سواء كانت أم لم تكن له نتائج أو آثار ضارة واضحة على المريض، وقد يشمل ذلك التشخيص غير الدقيق أو العلاج غير المكتمل لمرض أو إصابة أو سلوك أو متلازمة (Weingar et al., 2000).

ويصنف المعهد الأمريكي للطب (IOM) الخطأ بأنه إما أن يكون ناتجاً عن تقصير "ارتكاب فعل خاطئ Commission" أو عن إهمال "عدم القيام بالعمل الصحيح Omission" مما قد يترتب عليه عواقب سلبية للمريض، أو يزيد من احتمال حدوثها. وعلى سبيل المثال، فإن طلب دواء لمريض يعاني من حساسية موثقة من هذا الدواء يمثل "تقصيراً Commission"، بينما يمثل عدم وصف دواء ثبتت فوائده للمريض "إهمالاً Omission". ويتم الحكم بأن الفعل خطأ بناءً على تقييم الزملاء ذوي المهارة والخبرة والمعرفة للعمل في وقت حدوثه، بغض النظر عما إذا نتجت عنه آثار سلبية فعلية. ويصعب اكتشاف الأخطاء الناتجة عن الإهمال مقارنة بالأخطاء الناتجة عن التقصير، ولكنها تمثل على الأرجح مشكلة أكبر، إذ إن الحالات التي كان من الممكن أن تحقق نتائج أفضل فيما لو تم إجراء المزيد من الفحوصات والإجراءات العلاجية أو الوقائية هي أكثر عدداً من الحالات التي لم تكن الرعاية المقدمة فيها مناسبة من الأساس.

ووفقاً للمادة السادسة والعشرين من نظام مزاوله المهن الطبية بالمملكة العربية السعودية، يُعد من قبيل الخطأ المهني ما يلي:

- الخطأ في العلاج، أو نقص المتابعة.
- الجهل بأمور فنية يفترض فيمن كان في مثل تخصصه الإلمام بها.
- إجراء الجراحات التجميلية التجريبية وغير المسبوقة على الإنسان بالمخالفة للقواعد المنظمة لذلك.
- إجراء التجارب أو البحوث العلمية غير المعتمدة على المريض.
- إعطاء دواء للمريض على سبيل الاختبار.
- استعمال آلات أو أجهزة طبية دون علم كاف بطريقة استعمالها، أو من دون اتخاذ الاحتياطات الكفيلة بمنع حدوث ضرر من جراء هذا الاستعمال.
- التقصير في الرقابة والإشراف.
- عدم استشارة من تستدعي حالة المريض الاستعانة به.

ومع أن أدبيات سلامة المرضى جعلت محور تركيزها في البداية الأخطاء البشرية ومسبباتها وسبل الوقاية منها، إلا أن تطور فكر وأبحاث سلامة المرضى أدى إلى التحول للتركيز على جميع الأحداث الضائرة التي يمكن منعها أو الحد من ضررها. وبالتالي فإن الفشل «Failure» في الرعاية الصحية لا ينتج فقط بسبب الخطأ البشري وإنما من نطاق واسع من الأحداث التي قد يكون أو لا يكون العامل البشري سبباً مباشراً فيها. يأتي هذا التحول كنتيجة طبيعية لتطور المعرفة بالعوامل المسببة للضرر في سياق الرعاية الصحية والتي قد ترتبط بجوانب تنظيمية أو تقنية لا يملك مقدم الرعاية بالضرورة القدرة على التحكم فيها أو توقعها. وتعرف الأحداث الضائرة «Advers Events» كالتالي «أي ضرر جسدي ينتج عن الرعاية المقدمة للمريض يستوجب خضوعه لمزيد من العلاج أو التنويم أو المتابعة أو قد يؤدي إلى وفاته -لا سمح الله-». وقد يؤدي الحدث الضائر إلى وقوع ضرر كبير للمريض، ويسمى في هذه الحالة «حدث جسيم» (Sentinel Event)، ويُعرف بأنه أي حدث غير متوقع ينطوي على وفاة أو ضرر بدني أو نفسي أو إصابة خطيرة تشمل على وجه التحديد فقدان أحد أعضاء الجسم أو وظائفه.

ومن مميزات تجاوز المفهوم التقليدي للخطأ والتركيز على الضرر أو الأحداث غير المتوقعة أنه يتعدى عن التوجه التقليدي الذي يربط المسؤولية عن الضرر بشخص مقدم الرعاية متجاهلاً تأثير العوامل السياقية في حدوث الضرر. وينبغي هنا التمييز بين

الضرر الذي يتعرض له المريض -كنتيجة طبيعية لحالته الصحية والمضاعفات المتوقعة لها والآثار الجانبية المتوقعة للعلاج- وبين الضرر الذي يتعرض له نتيجة لإخفاقات في طبيعة الرعاية المقدمة له أو ما يعرف بالأحداث الضائرة أو العكسية. ولا شك في أن بعض الأحداث الضائرة يمكن منع وقوعها وبعضها لا يمكن منعه. فعلى سبيل المثال يمكن منع تعرض المريض للعدوى باتباع إجراءات وقائية مختلفة، بينما لا يمكن مثلاً منع تعرضه للضرر بسبب تعرض الطبيب لأزمة قلبية أثناء إجراء عملية جراحية على المريض. لذلك تركز جهود سلامة المرضى على الأحداث الضائرة التي يمكن منعها وتسعى لقياسها ومعرفة أسبابها والحد من حدوثها. وتركز جهود سلامة المرضى كذلك على ما يُسمى «الحدث الوشيك» (Near Miss) والذي يُعرف بأنه حدث أو سلسلة من الأحداث السلبية التي تعترض تقديم الرعاية السريرية والتي لم تكتمل -لحسن الحظ- أي أنها لم تسبب ضرراً فعلياً للمريض، وبالتالي لم تتطلب اتخاذ إجراءات تصحيحية. وتستخدم الأحداث الوشيك أهمية باعتبارها فرصة مهمة للتعلم لمنع وقوعها مستقبلاً من خلال فهم مسبباتها.

أمثلة للأحداث الضائرة في الرعاية الصحية:

أخطاء التشخيص:

تعرف أخطاء التشخيص بأنها تلك الأخطاء المتعلقة بعدم تشخيص المرض أو تأخر التشخيص أو الخطأ في التشخيص. ويعد تشخيص المرض من أهم مراحل تقديم الرعاية، إذ يتم على ضوءه تحديد خطة الرعاية، وبالتالي فإن أي خطأ في تلك المرحلة المهمة يستتبع نتائج قد لا تحمد عقباها؛ لأنه في هذه المرحلة بالذات تبدأ مسؤولية الطبيب المهنية. وفي دراسة أجريت في ولاية بنسلفانيا وجد أن الأخطاء المتعلقة بغياب أو تأخر التشخيص وعدم صحة التشخيص تتكرر كثيراً وتعد سبباً كامناً وراء الأحداث السلبية المؤثرة على سلامة المرضى، ومن أمثلة هذه الحالات (Pennsylvania Patient Safety Advisory, 2010):

- جاء مريض إلى قسم الإسعاف (قسم الطوارئ) مرتين في يومين متتالين يشكو من ضيق في التنفس وألم في الصدر وتم تشخيص حالته بأنها إلتهاب في الجهاز التنفسي العلوي، وفي المرتين قيل له أن حالته لا تستدعي البقاء في المستشفى وغادر إلى منزله. في وقت لاحق دخل للمستشفى في حالة حرجة وتوفي، وأشار الطبيب الشرعي في تقريره أن سبب الوفاة كان الإصابة بصمة رئوية (pulmonary embolus).

- دخل شاب إلى قسم الطوارئ يشكو من الإغماء وفقدان الوعي بما في ذلك عدم القدرة على التحدث لبضع ثوان مع أعراض جانبية والتحديق بنظرة ساهمة. في قسم الطوارئ أجريت بعض الفحوصات المخبرية ولكن لم يتم إجراء التصوير المقطعي. وبالتالي خرج المريض للمنزل بعد تشخيص حالته بأنها إغماء وجفاف، ووجه للمتابعة مع طبيب الرعاية الأولية. في وقت لاحق أدخله طبيب الرعاية الأولية مباشرة إلى المستشفى حيث تم إجراء التصوير المقطعي وتشخيص الآفة بأنها ناتجة عن خلل في الدماغ.

الأحداث الناتجة عن الأخطاء الدوائية،

تعرف الأخطاء الدوائية بأنها أخطاء تقع في أي مرحلة من مراحل عملية تداول الدواء (وصفه، توزيعه، إعطاؤه) والذي قد يؤدي أو لا يؤدي إلى نتائج عكسية. أي أن الخطأ الدوائي عبارة عن حادث يمكن تجنبه، وقد يسبب أو يؤدي إلى استعمال غير ملائم للدواء أو إلى إلحاق الضرر بالمريض. ويتعلق هذا النوع من الحوادث بكل ما يخص الدواء من عمليات تداول فقد يكون متعلقاً بالمزاولة المهنية، أو بما تقدمه منظمات الرعاية الصحية من خدمات ومنتجات، أو بالإجراءات أو بالأنظمة. ويشمل ذلك وصف الدواء، وطريقة تداول الوصفات الطبية (الأوامر الطبية للمرضى المنومين) بين الأشخاص المعنيين (الممرض والصيدلي والفني وغيرهم)، والمصافات الموجودة على عبوات الأدوية، وتعبئتها، وأسمائها، كما يشتمل على طريقة تحضير الأدوية، وصرفها، وتوزيعها، وإعطائها للمريض، والتعليمات المعطاة للمريض، والرقابة، والاستعمال». وجدت دراسة لثمانية وسبعين مستشفى في المملكة العربية السعودية أن ٣٠٪ فقط من المستشفيات لديها لجنة للسلامة الدوائية، ٩٪ من هذه المستشفيات وظف مسؤولاً عن السلامة الدوائية (Aljadhey et al., 2013). ومع أن حوالي ٦١٪ من هذه المستشفيات تستخدم نظام الكمبيوتر في الصيدلية لإدخال الوصفات الطبية، ٢٩٪ منها فقط يشترط إدخال معلومات عن أية حساسية لدى المريض قبل إدخال أمر صرف الأدوية. وخلصت الدراسة إلى أن الممارسات الأساسية لتحسين السلامة الدوائية غير مطبقة في العديد من المستشفيات في المملكة العربية السعودية. ومن أمثلة الأخطاء الدوائية (ASHP, 2005):

- توفيت رضيعاً خديج بعد أن تلقت جرعة مفرطة من المورفين (15mg) بدلاً من - (0,15mg) نتيجة لحسابات خاطئة لجرعة الدواء. مع العلم أنه قد تم حساب الجرعة من قبل طبيب استشاري وتحققت منها الممرضة ومن ثم أعطاها الدواء طبيب أخصائي.

- خلال فترة ثلاثة أسابيع تلقى طفلان ضعف الجرعة المطلوبة من العقار المقرر في قسم الأشعة السينية بالمستشفى، وذلك قبل إجراء التصوير. في كلتا الحالتين تم تسجيل وزنهما بالرتل، بدلاً من الكيلوغرام (يعادل الرتل حوالي نصف كيلوغرام)، ومن حسن الحظ لم يعان الأطفال من أي آثار سيئة.
- انهارت مريضة بالمستشفى بعد أن أعطتها الممرضة أقراص المضاد الحيوي بعد سحبها وتذويبها في الماء ومن ثم وضعها في أنبوب الوريد. ومن المعروف أن المحظور سحب الأقراص وتذويبها في السوائل الوريدية، كما أن المضادات الحيوية التي تعطى في المحاليل الوريدية تكون مصنعة خصيصاً لذلك. تم نقل المريضة إلى قسم العناية المكثفة وتعافت في وقت لاحق.
- الحقن في العمود الفقري: منذ عام ١٩٨٥ وقعت ١٣ حالة (معظمها لأطفال) تعرضوا للوفاة أو الشلل بسبب سوء حقن الأدوية في النخاع الشوكي وفي ظروف متشابهة جداً. ويعد حقن العقاقير الوريدية بالخطأ في العمود الفقري أمراً نادر الحدوث، إلا أنه يصنف في جمع الأحوال بأنه حادث طبي غاية في الخطورة. وقد نتجت ١٢ من هذه الحوادث عن حقن أدوية مكافحة الخلايا السرطانية (Cytotoxic) في العمود الفقري، وتحديدًا مجموعة معينة من هذه العقاقير تسمى (Vindesine و Vinblastine). وانتهت عشر من هذه الحوادث بالوفاة. ولا تعد عقارات (Vinca Alkaloids) حديثة، إذ تم عزلها واستخلاصها من نبات (Periwinkle) في الخمسينيات من القرن الماضي، وأدخلت في العلاج الكيميائي للسرطان في عام ١٩٦٠. ومنذ ذلك الحين، استخدمت على نطاق واسع في علاج اللوكيميا الحادة، وأورام الغدد اللمفاوية، وبعض الأورام الصلبة. وإذا استخدم هذا العقار بشكل صحيح—يمكن أن يكون فعالاً جداً ويحقق نتائج إيجابية، إلا أن تأثيره السلبي الشديد على الأعصاب معروف منذ فترة طويلة، إذ يمكن أن يسبب الوفاة إذا أعطي بشكل غير صحيح. ويعد الحقن عن طريق الوريد أكثر الطرق أماناً لاستخدام هذا العقار، ولا ينبغي إعطاؤه عن طريق حقن العمود الفقري. لذلك فقد تم وضع تحذيرات مختلفة في بيانات المنتج، وفي الأوراق الإرشادية المرفقة، وعلى العبوات تلافياً لهذا الخطر. وتحمل ورقة البيانات لعقار (Oncovin) ثلاثة تحذيرات بارزة في أماكن متفرقة على العبوات. كما أن بداخل العبوات ملصقات مخصصة لكي توضع على حقن العقار وقت تجهيزها. أما الحقن المعدة سلفاً فتوضع داخل

حاوية خاصة مكتوب عليها التحذير التالي: "لا تقم بإزالته حتى لحظة الحقن". "قاتلة إذا ما أعطيت في الحبل الشوكي (Intrathecaly) للاستخدام فقط في الوريد". وعلى الرغم من الاعتراف بخطورة عقارات (Vinca Alkaloids)، والتدابير الاحترازية المذكورة سابقاً، إلا أن الكوارث المرتبطة بهذه العقاقير لا تزال تتكرر. وفي حادثة معروفة في لندن -حدثت عام ١٩٩٧ وحظيت باهتمام واسع من وسائل الإعلام- تم توجيه اتهامات بالقتل غير العمد ضد الأطباء المعنيين. وعلى الرغم من كل هذا أشارت التقارير الرسمية إلى حدوث حالة وفاة أخرى مشابهة في العام التالي. وتعد الظروف التي تستخدم فيها عقارات (Vinca Alkaloids) عاملاً مشتركاً في هذه الحوادث. في معظم الحالات المؤتقة، تم وصف عقار (Methotrexate) بالحقن عن طريق النخاع الشوكي (Intrathecal) وعقار (Vincristine) في الوريد. وفي معظم الحالات إما أن يتم الخلط بين العقارين أو أن يتم حقنه عبر النخاع الشوكي، وفي جميع الأحوال فإن العواقب يمكن التنبؤ بها تماماً. وفي بعض الحالات قد يكون المريض يتماثل للشفاء من السرطان في وقت وقوع الحادث، الأمر الذي يجعل الحدث أمراً مأساوياً لا سيما بالنسبة للمريض وأسرته. وفي إحدى الحالات «تم وصف جرعة مقدارها ١٠ ملغ من عقار (Methotrexate) ليحقن عن طريق النخاع الشوكي (Intrathecal) ٢ ملغ في الوريد من عقار (Vincristine) كجزء من دورة العلاج الكيميائي للمريض. وقد تم تجهيز العقارين في الصيدلية وأُرسل المحقنان إلى الجناح في أكياس متشابهة من البلاستيك الشفاف. كما تم وضع لاصق على المحقنين يبين اسم المريض واسم الدواء، والجرعة. وفي الجناح قام الطبيب الاستشاري بحقن كلا العقارين عن طريق النخاع الشوكي بدلا من حقن عقار (Vincristine) في الوريد كما هو مقرر. توفي المريض في وقت لاحق. واعترف الطبيب في التحقيق بأنه لم يقرأ الملصقات الموجودة على المحاقن. وقد عاونته في رعاية هذه الحالة ممرضة تحت التدريب، كان عليها مساعدته في التحقق من الملصقات ومقارنتها بالوصفة الطبية»

الأحداث المتعلقة بالإجراءات الفنية والأجهزة الطبية:

يرتبط كثير من الأحداث الطبية المؤسفة بالإجراءات الفنية والأعطال التقنية ومنها فشل الأجهزة والمعدات والمضاعفات أو الخلل في الأجهزة المزروعة داخل الجسم، أو

نقص المهارة الفنية في تشغيل أو تركيب واستخدام هذه الأجهزة. في كثير من الحالات فإن الخطأ في الإرشادات وقصور المعدات والأجهزة مثل مضخات الحقن يمكن أن يؤدي إلى ضرر جسيم للمرضى. رصدت دراسة تحليلية أجريت على جميع الحوادث الطبية المبلغ عنها للوكالة الوطنية لسلامة المرضى في المملكة المتحدة ٢٠٨٤ من الحوادث في ١٥١ منظمة، منها حوالي ١٠٢١ حادثاً ناتجاً عن استخدام المعدات (Thomas & Galvin, 2008). وجدت الدراسة أن أكثر الحوادث التقنية شيوعاً تلك المرتبطة بمضخات الحقن (١٨٥ حادثاً)، وأجهزة التنفس (١٦٤ حادثاً)، ثم المرشحات (١٠٧ حوادث) ومعدات الرصد (٧٠ حادثاً). تسبب حوالي ٢٩٪ من هذه الحوادث بضرر يمكن وصفه بأنه غير مؤقت للمرضى، وتسبب فشل أو خلل المعدات في ٥٣٧ من الحوادث أدى حوالي ٢٦٪ منها إلى وقوع بعض الضرر للمريض. وتسبب سوء استخدام المعدات في وقوع ٣٥٨ من الحوادث، حوالي ٣٩ منها أدى إلى حدوث ضرر بالغ للمريض (Thomas & Galvin, 2008).

وبالرغم من أهمية الإصابات المرتبطة بالتجهيزات الفنية. إلا أنه من النادر أن تعد هي السبب الكامن وراء إصابة المريض، بل غالباً ما يتم افتراض أن مقدم الرعاية الصحية هو الذي ارتكب الخطأ. ومن أمثلة الأحداث السلبية الناجمة عن الإجراءات التقنية (Department of Health Expert Group, 2000):

- ذهبت كارن ألدكوا إلى مركز طبي في كونكورد في عام ٢٠٠٧ لإجراء عملية جراحية لإصابتها في الكتف، وبينما كانت تحت تأثير المخدر وجد الطبيب صعوبة في فتح مجرى الهواء لتشغيل أنبوب التنفس الصناعي لمساعدتها على التنفس، وأثناء ذلك حطم الطبيب أحد أسنانها متسبباً في اختناقها نتيجة لنزف الدم، وبسبب نقص الأكسجين دخلت في غيبوبة، وتوفيت بعد ذلك بخمسة أيام.
- أصبحت مجموعة من النساء حوامل في أعقاب فشل إجراء منع الحمل الذي خضعن له باستخدام المنظار. وقد قام الجراح بربط لقطات التعقيم في الجزء الخاطئ من قناة فالوب، وبالتالي فشل إجراء منع الحمل.
- تم تركيب خط هيكممان (أنبوب البلاستيك) في أحد عروق المريض للسماح بحقن الأدوية على مدى فترة طويلة من الزمن. وعندما حان أوان إزالتها تم

خفض الأنبوب بطريقة خاطئة وانفصلت داخل النظام الوريدي، مما عرض المريض لخطر شديد. وبفضل الله تمت إزالة الأنبوب لاحقاً وتعافى.

الأحداث الناتجة عن التواصل وتبادل المعلومات:

تمثل مشاكل الاتصال وتبادل المعلومات السبب الأكثر شيوعاً للأخطاء الطبية. ويمكن أن يتخذ فشل الاتصالات (اللفظية أو المكتوبة) أشكالاً كثيرة، بما في ذلك سوء فهم التعليمات، وتعثر تبادل المعلومات بين مقدمي الرعاية عند تبديل الورديات. ويمكن أن تشمل مشاكل الاتصالات ضعف التوثيق وفقدان معلومات مهمة عن النتائج المخبرية ونتائج الفحوصات التشخيصية، أو معلومات الدواء والجرعات. ويمكن أن يتعثر التواصل وتبادل المعلومات في أي نقطة على امتداد مراحل أو خطوات الرعاية، وحتى بين أعضاء فريق الرعاية الصحية العاملين في مكان واحد، أو بين مقدمي الخدمات العاملين في مواقع مختلفة، أو بين مقدمي الرعاية الصحية والمرضى. وفيما يلي بعض الأمثلة على الأخطاء المرتبطة بضعف التواصل وتبادل المعلومات (Department of Health Expert Group, 2000).

- دخل رجل المستشفى لإجراء تنظير (جراحة استكشافية) لركبتيه وقد كان لديه تاريخ مرضي سابق للتخثر (جلطات الدم). بالرغم من أن الممرضة انتبهت لذلك بعد اطلاعها على ملفه الطبي، إلا أنها لم تقم بتسجيل المعلومة في نموذج تقرير العملية والذي يتضمن فقرة مخصصة لعوامل الخطر والحساسية المعروفة. وبالتالي تم تنفيذ العملية، وخرج المريض من المستشفى في اليوم نفسه. وبالنظر لاستعداد جسمه لتكوين الجلطات الدموية فقد كان ينبغي أن يعطى أدوية مضادة للتخثر بعد العملية الجراحية مباشرة، ولكن نظراً لأن سجله الطبي لم يكن مكتملاً بشكل صحيح فلم تعط له الأدوية. وبعد يومين تم نقله إلى وحدة العناية المركزة في مستشفى آخر لوجود تجلط للدم في ركبتيه.
- أثناء عملية نقل الصفائح الدموية لمريض مصاب بسرطان الدم لاحظت إحدى الممرضات من ذوات الخبرة في العمل في جناح الأورام وجود كتل صغيرة مرئية في حزمة الصفائح الدموية، وتساءلت عما إذا كان ينبغي المضي قدماً في عملية نقل الصفائح. وأشارت لاحقاً إلى أنهم أخبروها بأن هذه الكتل هي على الأرجح صفائح دموية صغيرة من شأنها أن تخرج من خلال المصفاة الموجود في جهاز نقل الدم. وبعد إتمام عملية النقل تعرض المريض لتسمم شديد في

الدم وتوفي في وقت لاحق. وتبين من خلال التحقيق تلوث حزمة الصفائح الدموية ببيكتيريا تنتقل بسبب تلوث الجلد من المانح. وعلى الرغم من أن تكتلات الصفائح الدموية غير ضارة إلا أن التقنيات المتطورة قضت على هذه التكتلات، وبالتالي لا ينبغي أن تكون موجودة ولا ينبغي أن يتم نقل الصفائح في حال ظهورها في حزمة الصفائح.

- كان إدوارد هيث البالغ من العمر ٨٧ عاماً، يتعاطى عقار Coumadin لمقاومة تجلط الدم بناءً على توصية الأطباء في المركز الطبي للمحاربين القدماء في العام ٢٠٠٤. وبناءً على تعليمات العقار -المكتوبة بخط اليد- كان يتناول كمية من الجرعات لا تقل عن ثلاثة أضعاف الجرعة المطلوبة. بعد فترة ظهرت في ساقه اليمنى كتلة أرجوانية اللون سأل عنها الممرضة لاحقاً أثناء زيارة عادية لإجراء بعض الفحوصات، أخبرته الممرضة أن عليه أن يضع بعض الثلج على ساقه، إلا الكتلة تضخمت وتقرحت مما دفعه للذهاب إلى الطوارئ حيث وجد الأطباء أن مستويات خطيرة من Coumadin متركزة في دمه مما أدى إلى تضرر الساق واستوجب بترها، إلا أنه لم يتعافى من الجراحة وتوفي في المستشفى بعد فترة بسيطة.

مداخل تفسير الخطأ البشري:

يشير خبير السلامة (James Reason) إلى أن بالإمكان النظر إلى مشكلة الخطأ البشري من خلال منظورين: منظور الفرد ومنظور النظام. ولكل من هذين المنظورين نموذج الخاص لمسببات الخطأ، كما يطرح كل منهما فلسفة مختلفة للتعامل مع الخطأ (Reason, 1997). وسنتناول فيما يلي هذين المنظورين حرصاً على فهم هذه الاختلافات فيما بينهما وما يترتب على كل منهما من آثار عملية على جهود مكافحة الحوادث والأخطاء الموجودة دائماً في ميدان الرعاية الصحية.

منظور الفرد:

يمثل هذا المنظور تقليداً شائعاً وقديماً يركز على التصرفات غير الآمنة، والأخطاء والانتهاكات الإجرائية، التي يرتكبها الأفراد في الصفوف الأولى كالممرضات والأطباء والجراحين وأخصائيي التخدير والصيدلة وغيرهم. وفق هذا المنظور فإن الأعمال غير الآمنة تنشأ في المقام الأول نتيجة لانحراف يطرأ على العمليات الذهنية لدى الفرد

بسبب عدة عوامل كالنسيان وعدم التركيز، وضعف الدافعية، والإهمال، والتقصير، والتهور. وقد تناول بعض الباحثين أهم مسببات الأخطاء في مجال الرعاية الصحية المرتبطة بمقدمي الرعاية، ومنها ما يلي (منير رياض، ١٩٨٩):

• الإخلال بالأصول العلمية للمهنة: أي الأسس والقواعد النظرية والعلمية المتعارف عليها بين مقدمي الرعاية والتي ينبغي أن يلم بها الممارسون قبل بدء الممارسة الفعلية، وهي تشمل:

١. العلوم الثابتة: أي المسلمات والأسس العلمية كأصول التشريح ووظائف الأعضاء والمعارف المتعلقة بالحقائق العلمية الثابتة ومنها على سبيل المثال حاجة الجسم للأكسجين، والمهارات الأساسية كقياس العلامات الحيوية وكيفية السيطرة على النزف.

٢. العلوم المستجدة: وهي المستجدات العلمية التي تطرأ بشكل يومي في عالم الطب والممارسة الإكلينيكية اليوم، نظراً لما يشهده من تطور علمي وتقني كبير مما يستلزم على مقدم الرعاية مواكبته ومتابعته بشكل مستمر. ولا شك أن العلوم المستجدة تتطلب التعامل الحذر لضمان أنها مستندة إلى أساس علمي موثوق، وأن صلاحيتها مثبتة وفق التجارب والدراسات السليمة. وينبغي ألا يسارع مقدمو الرعاية لتطبيق العلوم المستجدة قبل الحصول على التدريب والتأهيل الكافي الذي يضمن تمكنهم ومهارتهم في تطبيقها بما لا يعرض المريض للخطر.

• الإخلال بواجب العناية: والمقصود بواجب العناية بذل العناية الفائقة بالمريض وعدم الإخلال بالمسؤولية المهنية من خلال:

١. الرعونة والطيش: أي الإقدام على الفعل بدون تفكير بالعواقب.
٢. عدم الاحتياط والاحتراز: أي عدم أخذ الاحتياطات الواجبة للحفاظ على سلامة وأمان المريض.
٣. الإهمال وعدم الانتباه: ومن ذلك نسيان الأدوات الجراحية داخل الجسم.
٤. عدم اتباع اللوائح التي تصدرها الجهات الإدارية المنظمة للعمل الطبي: مثل الامتناع عن معالجة المريض أو عدم الحصول على موافقة المريض على الإجراءات العلاجية أو الجراحية.

ويميل أتباع منظور الفرد لعلاج الأخطاء باعتبارها قضايا أخلاقية، على افتراض أن الأمور السيئة تحدث من أشخاص سيئين. وتقتضي معالجة أوجه الخلل ومنع الخطأ وفق منظور الفرد وضع الإجراءات المضادة التي تهدف في أساسها للحد من التقلبات غير المرغوبة في السلوك البشري باتباع عدة إستراتيجيات كالإنذار والعقوبة والتخويف، والتدابير التأديبية، والتهديد بالتقاضي، وإعادة التدريب، وتسمية المخطئين، وتوجيه اللوم لهم، وفضح أمرهم (Name, Blame, Fame, and Shame).

لا يزال منظور الفرد سائداً في الكثير من الأدبيات الأكاديمية التي تتطرق لموضوع الخطأ البشري، لأنه يتوافق مع مصالح الإدارة إذ يركز على المسببات النفسية والسلوكية للخطأ. وبالتالي فإن التدابير المضادة لهذه المسببات تستهدف الأفراد وتقع ضمن إطار سيطرة الإدارة. ويجد المديرون العديد من المزايا في تطبيق منظور الفرد، قد يكون أهمها أن توجيه اللوم للأفراد يحقق ارتياحاً نفسياً -بافتراض أن الأفراد يمتلكون حرية الاختيار بين السلوكيات الآمنة وغير الآمنة- وبالتالي إذا حدث خطأ ما يجب أن يتحمل شخص ما (أو مجموعة من الأشخاص) المسؤولية. ويفصل هذا المنظور بين التصرفات غير الآمنة للأفراد والمسؤولية المؤسسية، وبالتالي يخلي مسؤولية المؤسسة عن تصرفات العاملين فيها، ومن الناحية القانونية، يحسم الأمور بتحديد الأطراف المسؤولة عن الخطأ.

ومع هذه المميزات -إن أمكن تسميتها كذلك- فإن منظور الفرد يعاني من أوجه قصور خطيرة وغير ملائمة في المجال الطبي، ويرى المتخصصون في علوم السلامة أن من المرجح أن يؤدي التمسك المستمر بهذا النهج إلى إحباط جهود السلامة والأمن في مؤسسات الرعاية الصحية، لأنه يغض الطرف عن المسببات المتجذرة في المنظومة الصحية (Reason, 1997).

ويتفق منظور الفرد مع المنظور الطبي التقليدي الذي يؤكد على أهمية الممارسة الخالية من الأخطاء، ويوظف الضغط المهني للدفع لتحقيق الكمال. أي أن هذا المنظور يتعامل مع الأخطاء كتعبير عن الفشل، وهذا بطبيعة الحال يوجد نمطاً سلبياً من التفكير يعيق القدرة على إجراء مناقشة مفتوحة وموضوعية للأخطاء تسهم في تحقيق التعلم التنظيمي.

وبصرف النظر عن أن هذا المنظور يعالج الأخطاء باعتبارها قضايا أخلاقية، فإنه يعزل الأفعال غير الآمنة من سياقها، مما يجعل من الصعب جداً كشف وإزالة نقاط

الضعف داخل منظومة الرعاية والتي تؤدي إلى تكرار الخطأ أو الفشل. وعلى الرغم من جاذبية هذا المنظور من الناحية الإدارية والقانونية، إلا أنه غير ملائم في مجال الرعاية الصحية أو أي مجال آخر يركز على التقنية العالية ويتسم بالتعقيد التنظيمي (Reason, 1997). إذ إن من أهم العوائق التي تواجه جهود تحقيق السلامة اتباع منهج لا يسعى إلى إزالة العوامل المثيرة للخطأ داخل المنظومة ككل بل يركز فقط على دور الأفراد في وقوع الخطأ.

منظور النظم:

يتبنى منظور النظم موقفاً شاملاً تجاه الخطأ ينطلق من الإدراك بأن كثيراً من مشاكل الأداء في المنظمات هي نتاج تفاعلات معقدة بين عدد من العوامل المحددة وغير المحددة. وينطلق هذا المنظور من فرضية أن البشر عرضة للخطأ وأن الأخطاء تحدث حتى في أفضل المنظمات. وينظر إلى الأخطاء على أنها نتائج وليست أسباباً، وأنها لا تحدث بسبب فساد الطبيعة البشرية وإنما بسبب عوامل في طبيعة منظومة الرعاية تسمى Upstream factors «عوامل المنبع» (Reason, 1997). وتشمل هذه العوامل المصائد "Traps" الموجودة في مكان العمل وفي العمليات التنظيمية التي تؤدي إلى ارتكاب أخطاء متكررة. وفقاً لهذا التوجه فإن الأخطاء تتشكل وتستحدث من قبل عوامل موجودة في أساس تكوين منظومة العمل قد تشمل إستراتيجية المنظمة وثقافتها وأسلوب الإدارة في التعامل مع الخطر والغموض (Reason, 1997). وتستند التدابير المضادة حسب منظور النظم على افتراض أنه على الرغم من أننا لا نستطيع تغيير أوضاع البشر فإننا نستطيع تغيير الظروف التي يعملون فيها وجعلها أقل إثارة للأخطاء، من خلال بناء دفاعات داخل النظام. وعندما يقع حدث ضائر فليس المهم من ارتكب الخطأ ولكن المهم هو كيف؟ ولماذا فشلت الدفاعات في منع وقوعه في الأساس؟ وما هي العوامل التي ساعدت لتهيئة الظروف لوقوع الخطأ؟ (Reason, 1997).

بناءً على الدراسات المستفيضة في مجالات السلامة وعلوم العامل البشري، تعمقت النظرة إلى الخطأ لتخرج عن نطاق المسؤولية الفردية وتوجيه اللوم لمرتكب الخطأ إلى السياق الذي تقدم فيه الرعاية الصحية والأحداث التي قد تسبق وقوع الخطأ بمراحل وتسهم بشكل أو بآخر في وقوعه، ومن أمثلة هذه العوامل ما يلي:

١. نقص الخبرة والتدريب لدى الطاقم الطبي أو الفني، نظراً لعدم حرص المؤسسات

الصحية على تشجيع مقدمي الرعاية على التدريب والاطلاع ومتابعة المستجدات في مجال التخصص، إضافة لعدم وجود المناخ المهني الذي يشجع على ذلك.

٢. الإرهاق المتزايد أثناء العمل نتيجة لطول ساعات العمل والمناوبات وقد وجدت الدراسات أن أخطاء الأطباء خلال ساعات المناوبة الطويلة تتضاعف عدة مرات.

٣. قصر وقت الاستشارة الطبية (مقابلة الطبيب للمريض) نتيجة لكثرة المرضى والضغط على مقدمي الرعاية لخدمة أكبر عدد ممكن من المرضى.

٤. الاستعانة بكوادر غير مؤهلة لأسباب مادية وتقديم رواتب متدنية جداً مقابل ساعات عمل طويلة جداً.

٥. غياب معايير الممارسة الإكلينيكية وضعف الضوابط المهنية وعدم الالتزام بالخطوات الصحيحة ضمن إطار الخطط العلاجية والمعايير العلمية والأعراف الطبية.

٦. تعدد المدارس الطبية وتنوع خلفيات الأطباء والفنيين العاملين في المستشفيات مما يوجد اختلافاً في أساليب الممارسة بين مقدمي الرعاية أنفسهم.

٧. نقص الإمكانيات المادية وافتقار المرافق الصحية للأجهزة التشخيصية الحديثة التي تساعد الطبيب في التشخيص والعلاج.

٨. عدم الالتزام بقواعد النظافة والتعقيم ونقل العدوى.

٩. الإهمال في إجراءات الصيانة الدورية للمعدات الطبية.

مما سبق يتضح أن الأخطاء في مجال الرعاية الصحية تحدث لأسباب متعلقة بالفرد وأخرى متعلقة بمنظومة الرعاية الصحية. ويشير (James Reason) إلى أن من الشائع إلقاء اللوم على الخطأ البشري عند حدوث أي فشل، لأنه غالباً ما يكون هو العامل الأكثر وضوحاً في الفترة التي تسبق وقوع الحدث مباشرة. ومع ذلك غالباً ما يتم التفاوض عن حقيقتين مهمتين حول الخطأ البشري. الأولى: أن أفضل الناس قد يرتكب أسوأ الأخطاء. وثانياً: أن حدوث الأخطاء أبعد ما يكون عن العشوائية، فالأخطاء تحدث في أنماط متكررة (Reason, 1997). وبالتالي فإذا توافرت مجموعة من الظروف المتماثلة فإن من المتوقع أن تتمخض عنها أخطاء متكررة بغض النظر عن الأشخاص المعنيين. لذلك فإن أي محاولة لإدارة المخاطر تركز على العمليات النفسية

الكامنة وراء الخطأ (كالنسيان وعدم التركيز، والإهمال، والتقصير، وما شابه ذلك) ولا تبحث عن العوامل الطرفية (المصائد التي تؤدي إلى وقوع الخطر 'Error Traps') سيكون مصيرها الفشل (Reason, 1997). فالأخطاء البشرية هي آخر المسببات وربما أقلها في سلسلة العوامل المؤدية إلى وقوع الأحداث السلبية.

أسباب غلبة منظور الفرد في تفسير الخطأ:

وفقاً للمنظور السائد للأخطاء الطبية -القائم على أساس منظور الفرد- فإن رد الفعل التلقائي للأخطاء الطبية يقتضي توجيه التدابير التصحيحية نحو مقدمي الرعاية عند نقطة الاتصال المباشر مع المريض أو ما يُعرف بالطرف الحاد (Reason, 1997) (Sharp End). وتتضمن الإجراءات التصحيحية القائمة على منظور الفرد عدداً من الخيارات منها: إلقاء اللوم على الأفراد، التدريب وإعادة التأهيل، وضع المزيد من الإجراءات وقواعد العمل، وإعادة هندسة نظم العمل بتقليل العامل البشري والاعتماد المتزايد على التقنية والتشغيل الآلي وأساليب الرصد والعرض الذكية. ولكن من المعروف أن التدابير القائمة على منظور الفرد ليس لها تأثير إيجابي يذكر مع الممارسين ذوي الخبرة والتأهيل والدافعية العالية، بل قد تؤدي في الواقع إلى غرس بذور المزيد من الحوادث في المستقبل لأنها تتجاهل المسببات التنظيمية للحوادث. ويشير (James Reason) إلى وجود عدد من الأسباب التي تجعل الأفراد عند الطرف الحاد (Sharp End) عرضةً للوم حيال الأحداث الضائرة (Reason, 1997):

- أولاً: هم أهداف واضحة لأن الأعمال التي يقومون بها تكون عادةً أقرب من حيث الزمان والمكان إلى الحدث الضائر.
- ثانياً: البشر عرضة لوهم "حرية الإرادة"، إذ يعتقدون بأنهم يصنعون مصائرهم بأنفسهم، وبطبيعة الحال يُسقطون ذلك على الآخرين، مقتنعين بأن كل فرد قادر على الاختيار بين الحق والباطل وبين التصرفات الصحيحة والخاطئة. ولكن في واقع الأمر لا أحد يختار ارتكاب الأخطاء، ولا يملك الفرد الواحد السيطرة على جميع العوامل التي تؤثر في الأداء.
- ثالثاً: من الصعب للغاية تتبع أسباب الحوادث إلى جذورها التنظيمية، لذلك هناك ميل طبيعي لدى المحققين في معظم الحوادث للتوقف عن البحث والتحليل بمجرد اكتشاف بعض أوجه القصور لدى الأشخاص ذوي الصلة المباشرة

بالحادث. وهذا أمر مفهوم، إذ إن الأدوات اللازمة لتنفيذ مثل هذا التحليل العميق لم تتوفر إلا مؤخراً. علاوةً على ذلك، فإن الجوانب القانونية لهذه التحقيقات عادةً ما تنتهي بشكل أفضل عندما يتم تحديد وحصر المسؤولية في أشخاص بعينهم يوجه لهم اللوم وتنتهي بذلك الضغوط الواقعة على المنظمة.

- رابعاً: عندما يسترجع الإنسان الأحداث السابقة يكون عرضة لتحيز الإدراك المتأخر، إذ تدفعه معرفة النتائج إلى تبسيط كافة الظروف التي تواجه الممارس أثناء عمله والتي تمنعه من وضع تصور كامل للموقف فهولاً يمتلك سلاحاً سوى بصيرته. ولا شك أن من السهل تشخيص الأخطاء بعد وقوع الحوادث، ولكن من الصعب للغاية اكتشافها في الوقت المناسب بما يمنع وقوعها. وفي مواجهة الكوارث البشرية المروعة والتي يدخل العامل البشري بشكل محوري فيها -ومنها على سبيل المثال حادث تشرنوبيل أو حتى حادث الوفاة العرضية لمريض شاب في صحة جيدة خلال عملية جراحية بسيطة- يكون هناك ميل طبيعي للبحث عن أسباب للكارثة تكون على ذات القدر من الوحشية والفظاعة. ولكن عند توجيه نظرة جديدة وغير متحيزة للأحداث الضائرة يتم اكتشاف فرص غير متوقعة لوقوع الحوادث، أو سلسلة من المسببات المختلفة والتي قد لا يملك أي منها بمفرده تأثيراً كافياً لإيقاع الضرر. وقد لا يمكن ملاحظة بعض هذه المسببات بحد ذاتها، إلا أن وجوده يُعد ضرورياً لكي تقع الكارثة.

بالنظر إلى ما تقدم؛ فإن من الأهمية بمكان محاولة فهم الأخطاء المؤدية لوقوع الكوارث والأحداث الضائرة بالإضافة إلى فهم وتحليل نتائجها السيئة. فالأخطاء هي نتاج سلسلة من الأسباب والتي تمثل العوامل النفسية على مستوى الفرد (ومنها لحظات الغفلة، والنسيان، العجلة، الخ) آخر حلقة يمكن التحكم فيها.

تصنيف الخطأ البشري؛

لا يوجد اتفاق في الأدبيات على تصنيف محدد للخطأ البشري في مجال الرعاية الصحية، لذلك يتبع الخبراء التصنيفات المعمول بها في الميادين والمجالات التطبيقية الأخرى والتي تركز على تصنيف الأخطاء على أساس مسبباتها أو وفق عواقبها. ولعل أبرز هذه التصنيفات ما قدمه (James Reason) لتصنيف العوامل المسببة للفشل البشري في مجال التخدير. وأشار (Reason, 1997) إلى أن التصنيف وفقاً للعواقب المترتبة على التخدير يتطلب تحديد مواطن القصور في مختلف جوانب أداء

التخدير (على سبيل المثال عدم فحص المعدات، والإدخال الخاطئ للأنابيب، أو عدم دقة رصد العلامات الحيوية، أو استخدام الدواء غير المناسب، أو سوء تفسير المؤشرات الفسيولوجية والمتغيرة بشكل سريع، أو عدم ملاحظة المضاعفات المرتبطة باحتقان القلب، أو القيام بتدخل غير مناسب، الخ). أما من حيث التصنيف وفقاً للمسببات النفسية للخطأ فيشير إلى ضرورة التمييز بين ثلاثة فروع مهمة: الزلات والهفوات مقابل الأخطاء، الأخطاء مقابل الانتهاكات، والعوامل النشطة مقابل العوامل الكامنة (Reason, 1997).

(١) الزلات والهفوات مقابل الأخطاء:

ينطوي الفشل أو الإخفاق (Failure) بجميع أشكاله على نوع من الانحراف يصنف عادةً إلى ثلاث فئات: (الهفوات والزلات والأخطاء)، وذلك كالتالي (Reason, 1997):

- الهفوات والزلات: وتحدث عندما تكون الخطأ الموضوعية جيدة، إلا أن إجراءاتها التنفيذية لا تسير كما ينبغي نتيجةً للزلات (Slips) وهي أحداث خارجية ناجمة عن عدم الانتباه، أو نتيجة الهفوات (Laps) وهي أحداث داخلية ترتبط بالنسيان. وفي حالة الزلات والهفوات تحيد الإجراءات عن الهدف المنشود ويحدث الفشل على مستوى التنفيذ. وتحدث الزلات والهفوات أثناء أداء المهام الروتينية في محيط مألوف أو معتاد. وترتبط في معظم الأحوال بتشتيت الانتباه، إما نتيجة لإلهاء من المحيط المباشر أو الانشغال الذهني. كما يمكن أن تستثار أيضاً بسبب التغيير، سواءً في الخطأ الحالية للعمل أو في المحيط المباشر.
- الأخطاء (Mistakes): في حالة الأخطاء فقد تسير الأعمال كما هو مخطط لها تماماً، ولكن قد تكون الخطأ نفسها منحرفة من الأساس عن المسار المناسب لتحقيق الهدف المنشود، وهنا يقع الخلل على مستوى أعلى في العمليات الذهنية المسؤولة عن التخطيط وصياغة الأهداف والحكم على الأمور وأسلوب حل المشكلات. وعندما تكون الخطأ الموضوعية في الأساس غير كافية لتحقيق نتائجها المرجوة فيعد ذلك إخفاقاً في القصد (Intention)، ولذلك يوصف بأنه خطأ (Mistake). ويمكن أن تقسم الأخطاء إلى فئتين: أخطاء إجرائية وأخطاء معرفية.

الأخطاء الإجرائية:

تحدث هذه الأخطاء عند التعامل مع المشاكل أو الحالات المألوفة أو التي تم التدريب على معالجتها وفق قواعد وإجراءات موضوعية. ويعتمد جانب كبير من العمل في مجال الرعاية الصحية على الالتزام بقواعد أساسية، أو استدلالات منطقية على غرار: إذا حدث (س) ينبغي القيام بـ (ص). ويميل البشر عموماً إلى اتباع أنماط محددة مسبقاً من القواعد والتصرفات، ويطلقون أحكاماً سريعة وتلقائية على الأحداث المعقدة التي يواجهونها استناداً في ذلك إلى الجوانب المتشابهة لأنماط الأحداث المخزونة في ذاكرتهم. ويمكن أن تكون هذه العملية خطأً من ناحيتين: أولاً أن من الممكن بالفعل أن يساء تطبيق قاعدة جيدة (أي قاعدة تم تطبيقها في العديد من المرات السابقة بنجاح) بسبب عدم ملاحظة وجود اختلافات أو تناقضات تجعلها غير مناسبة للتطبيق في حالات مختلفة. أو قد يتم تطبيق قاعدة سيئة ظلت بدون تصحيح في مخزون الحلول في الذاكرة البشرية.

الأخطاء المعرفية:

تحدث هذه الأخطاء عندما يصادف الممارس حالة جديدة تقع خارج نطاق المخزون المعرفي لديه أو لا تتلاءم مع رصيده المتراكم من الحلول الروتينية للمشكلات. في ظل هذه الظروف يضطر إلى اللجوء إلى عملية مضنية وبطيئة للبحث عن حلول جديدة. هذه العملية عرضة للخطأ بشكل كبير لعدة أسباب؛ أولاً: أن قدرة البشر على التفكير الواعي محدودة للغاية، إذ يمكن من الناحية الذهنية التعامل مع واحد أو اثنين فقط من العوامل أو الموضوعات المستقلة في آن واحد. ثانياً: يضطر المرء للاعتماد على تصور ذهني محدود للحالة الراهنة. وثالثاً: يميل البشر بشكل واضح في هذه الظروف إلى التركيز على حدس معين أو فرضية بعينها، ويرون الأوضاع من خلالها ويسعون لإثباتها ويتجاهلون الأدلة المخالفة لقناعاتهم وهذا ما يسمى «انحياز التأكيد» أو «القفل المعرفي». وهي سلوكيات تمت ملاحظتها في كثير من الأحيان بين المشغلين في محطات الطاقة النووية وغيرهم بعد وقوع حادث طارئ.

(٢) الأخطاء مقابل الانتهاكات:

الانتهاكات (violations) هي انحرافات متعمدة عن الممارسات والإجراءات والمعايير والقواعد التشغيلية الآمنة. وتختلف الانتهاكات المتعمدة عن الأخطاء (Errors) في عدة أوجه مهمة:

- في حين تنشأ الأخطاء أساساً من مشاكل مرتبطة بالمعلومات كالنسيان وعدم التركيز، وقصور المعرفة، فإن الانتهاكات تكون عموماً أكثر ارتباطاً بمشاكل متعلقة بالدافعية (كانخفاض الروح المعنوية، غياب نموذج القدوة، ضعف الإشراف، وجود انطباع بعدم اهتمام المسؤولين، وعدم مكافأة الملتزمين، وعدم إيقاع العقاب بالمخالفين، الخ).
- يمكن تفسير (أو تبرير) الأخطاء نظراً لما يدور في ذهن الفرد من أمور، بينما تحدث الانتهاكات في سياق اجتماعي منظم.
- يمكن الحد من الأخطاء من خلال تحسين نوعية المعلومات المتوفرة في مكان العمل، لكن الانتهاكات عموماً تتطلب حفز الهمم واستخدام وسائل وإجراءات تنظيمية رسمية.

(٣) العوامل النشطة والعوامل الكامنة:

تقوم المنظمات التي تعمل في مجالات عالية الخطورة ببناء الحواجز والدفاعات والضمانات التي تعمل كعازل بين مصدر الخطر المحتمل والأضرار أو الخسائر التي قد تترتب عليه. وقد تكون هذه الدفاعات «صلبة» (كالأتمتة والأنظمة الإلكترونية، والمواصفات الهندسية الخاصة بالسلامة)، أو «ناعمة» (كالإجراءات، والبروتوكولات، والضوابط الإدارية). ويمكن للعامل البشري أن يُضعف أو يوجد ثغرات في تلك الدفاعات من خلال فئتين من العوامل المسببة للفشل: العوامل النشطة والعوامل الكامنة.

المسببات النشطة للفشل:

قدم (James Reason) مفهوم العوامل النشطة والكامنة، وعرف المسببات النشطة للفشل بأنها تلك التي تحدث في نقطة الالتقاء بين البشر وبعض جوانب النظام. وتكون هذه العوامل عموماً جلية واضحة (على سبيل المثال، ضغط زر عن طريق الخطأ، أو تجاهل ضوء التحذير في جهاز) وتشمل في الغالب شخصاً ما في الصفوف الأولى لتقديم الرعاية. وتعرف المسببات النشطة للفشل بأنها أفعال «غير آمنة» يرتكبها العاملون في نهاية سلسلة تقديم الخدمة، وتتمثل في الزلات، والهفوات والأخطاء، أو الانتهاكات الإجرائية التي تؤثر بشكل فوري وقصير الأجل على الطبقات الدفاعية. وتحظى المسببات النشطة للفشل بجعل الاهتمام عند إجراء تحقيق في أسباب الفشل، إذ يُشار لها بالأخطاء الواقعة عند «الطرف الحاد Sharp End»، وبعبارة أخرى، فإن

الأخطاء عند الطرف الحاد تتم ملاحظتها أولاً لأنها ترتكب من قبل الأشخاص الأقرب من المريض.

الظروف الكامنة:

وتعرف أيضاً بالعوامل الخفية، ويقصد بها أنماط من الخلل أقل وضوحاً على غرار مسببات الأمراض الكامنة داخل الجسم والتي لا تؤدي إلى ظهور المرض بمفردها، وإنما تستتار عند تفاعلها مع عامل نشط في البيئة المباشرة. ويمكن لهذه العوامل أن تظل ساكنة داخل النظام لفترات طويلة قبل أن تتفاعل مع العوامل المحلية والعوامل النشطة وتخرق الدفاعات أو تتجاوزها. لذا يعتقد الباحثون أنه يمكن للمنظمات تكوين استعدادات ضمنية للفشل على مدى سنوات عديدة بدون أن يترتب عليها أحداث ضائرة.

تنشأ العوامل الكامنة عن القرارات الإستراتيجية التي يتخذها صانعو السياسات والإدارة العليا، إذ إن هذه القرارات قد تؤدي إلى غرس بذور «مسببات الفشل» في النظام حتى لدى أفضل المنظمات. على سبيل المثال، تتولى الإدارة العليا عادةً عملية تخصيص الموارد المحدودة بين الإدارات، ولكن نادراً ما يتم ذلك على أساس منصف إذ تحصل بعض الإدارات على نصيب أكبر ويحصل البعض الآخر على نصيب أقل لأسباب قد تبدو معقولة في حينه. يمكن أن ينعكس هذا التفاوت في توزيع الموارد في أوضاع محفزة لارتكاب الخطأ في مكان العمل، على سبيل المثال: ضغط الوقت، والإرهاق الشديد، ونقص العاملين، وقلة الخبرة وعدم كفاية التجهيزات والمعدات. وخلافاً للمسببات النشطة للفشل والتي تتخذ أشكالاً دقيقة يصعب التنبؤ بها فإن الظروف الكامنة تبقى دوماً حاضرة، لذلك لابد من تحديدها وإزالتها قبل أن تتسبب في حدث جسيم.

ويشبه (Reason) الأخطاء والانتهاكات الموجودة عند نقطة تقديم الخدمة (Sharp End) بأنها أشبه ما تكون بالبعوض. تُضرب الواحدة تلو الأخرى إلا أنها تعود مراراً وتكراراً، لذلك فإن العلاج الأنجع لها على المدى الطويل هو تجفيف المستنقعات التي تتكاثر فيها. والمستنقعات هنا هي الظروف الكامنة والدائمة والتي تتطلب معالجتها الخوض في صميم ثقافة المنظمة والممارسات الإدارية السائدة فيها والتي يصعب القضاء عليها لأنها تتطلب تغييرات جوهرية في المعتقدات والقيم الأساسية لكبار العاملين داخل المنظمة (Reason, 1997).

وهكذا، فإن التمييز بين المسببات النشطة والكامنة للفشل يقوم على اعتبارين: أولاً: طول الفترة الزمنية التي تسبق ظهور النتائج السلبية للفشل، وثانياً: موقع حدوث الفشل في المنظمة إذ إن مسببات الفشل النشطة يرتكبها أولئك الذين هم على اتصال مباشر مع المريض، أما مسببات الفشل الكامنة فتحدث في عمق المجالات التنظيمية والإدارية (Reason, 1997).

تطبيق الدروس المستفادة من صناعة الطيران لتفسير الأخطاء في المجال الصحي؛

تؤكد الدراسات العلمية أن مهنتي الطب والطيران تشتركان في كثير من السمات منها تعقيد بيئة العمل، والاعتماد على التقنية المتطورة، وعلى العمل الجماعي والفرق متعددة التخصصات. ومع اختلاف درجة المخاطرة ومصادر التهديدات في البيئة المحيطة إلا أن السلامة تمثل أهمية قصوى لكلا المهنتين (Helmreich, Kline, 1999). وبطبيعة الحال فإن حوادث الطائرات نادرة الوقوع، ولكنها تحظى باهتمام إعلامي وجماهيري أكبر من الأخطاء الطبية، إذ تتطوي غالباً على خسائر فادحة في الأرواح والممتلكات، ويتبعها بحسب الأنظمة الدولية والمحلية تحقيق شامل في العوامل المسببة ومطالبة واسعة باتخاذ إجراءات تصحيحية. وفي المقابل، تحدث الأحداث السلبية الطبية للمرضى الأفراد، ونادراً ما تحظى باهتمام إعلامي، والأهم من ذلك أنه لا توجد طريقة موحدة للتحقيق في هذه الحوادث. ونظراً للتجربة المتقدمة لقطاعات الطيران في مجال السلامة، ينادي البعض باستخلاص بعض الدروس المفيدة من هذا القطاع لتطبيقها في المجال الصحي. ونورد فيما يلي مثالا لكيفية التعامل مع الحوادث في مجال الطيران.

مثال - حادث تحطم الطائرة: (1)

في عام ١٩٨٩ توفي ٤٧ شخصاً نتيجة لتحطم طائرة ميدلاند بوينغ ٧٣٧-٤٠٠ البريطانية. ومما عجل بتحطم الطائرة كان الخطأ الذي ارتكبه الطاقم بعد إدراكهم أن النار اشتعلت في أحد المحركات فقرروا إغلاقه فوراً، إلا أنهم قاموا بإغلاق محرك آخر نتيجة للارتباك، وبالتالي تم توجيه اللوم للطيارين نظراً لاستعجالهما بالتصرف قبل فهم الموقف تماماً من خلال المعلومات التي رصدها أجهزة الطائرة. قدم التقرير

(1) Smith, D and Elliot D. Moving Beyond Denial: Exploring the Barriers to Learning From Crisis. Sheffield University 1999

الرسمي عدداً من التوصيات الداعية لتغيير تصميم الطائرات، وأشار إلى أخطاء ارتكبتها الطيارون وموظفو المقصورة.

يوضح هذا المثال كيف يمكن أن يحدث فشل النظام في عدد من المستويات، في المقام الأول كان هناك فشل في المكونات التقنية تمثل في كسر ريش مروحة المحرك، ولم يكشف نظام الإنذار في الطائرة عن الخلل ولم يوفر معلومات دقيقة للطيارين، في الوقت المناسب، كما كان هناك فشل في عمليات صنع القرار من قبل الطيارين أدى إلى التشخيص غير الصحيح لأسباب تعطل المحرك، وبالتالي قيامهم بإغلاق المحرك الخطأ. وأدت سلسلة من الإخفاقات في التواصل الإنساني وتبادل المعلومات إلى تفاقم المشكلة. وزعم الطياران أن الاتصالات المتواصلة من برج مراقبة الحركة الجوية تسببت في الإرباك وأثرت على تقييمهما للوضع. وبالإضافة إلى ذلك فشل موظفو المقصورة والركاب في إيصال ملاحظاتهم عن خروج الدخان واللهب من المحرك الأيمن. وأخيراً كانت هناك سلسلة من العوامل التنظيمية والبيئية التي تضافرت لتهيئ المناخ لحدوث مشكلة، بما في ذلك تصميم قمرة القيادة وأدواتها، والبروتوكولات المستخدمة لاكتشاف الخلل، والصعوبات التي تواجه الطيارين في إعادة برمجة الكمبيوتر لإجراء الهبوط الآلي، والتدريب الذي يتلقاه الطيارون لتمكينهم من التحول إلى نوع جديد من الطائرات.

أنواع الأخطاء التي تسبب حوادث الطيران؛

تنتج الأخطاء عن القيود الفيزيولوجية والنفسية التي يواجهها البشر، والتي قد تشمل التعب وعبء العمل، والخوف، والعبء المعرفي، وضعف الاتصالات بين الأفراد، وعدم المعالجة الكاملة للمعلومات، واتخاذ القرارات الخاطئة. ويمكن تصنيف أهم مصادر التهديد في مجال الملاحة الجوية، (Helmreich, Klinect, Wilhelm, 1999) فيما يلي:

- المخالفات والانتهاكات: عدم الالتزام المتعمد بالإجراءات أو اللوائح (على سبيل المثال مراجعة قائمة الفحص بالاعتماد على الذاكرة بدلاً من الرجوع للقائمة الفعلية).
- الإجراءات: قد يتم اتباع الإجراءات ولكن قد يحدث خطأ في التنفيذ (على سبيل المثال ارتكاب خطأ في الدخول إلى نظام الكمبيوتر الخاص بالتحكم في الطيران).

- الاتصالات: نقص المعلومات أو عدم صحتها أو سوء تفسير المعلومات المتوفرة (سوء تقدير ارتفاع الطائرة مثلاً).
- الكفاءة: خطأ بسبب عدم وجود المعرفة أو المهارة (عدم القدرة على التشغيل الآلي).
- القرارات: اتخاذ قرارات تزيد من الخطر بدون مبرر (قرار الطيران في ظل أحوال جوية سيئة).

يساعد هذا التصنيف لمسببات الفشل على تحديد الإجراءات التصحيحية والوقائية لكل فئة من فئات الخطأ. فعلى سبيل المثال تدل أخطاء الكفاءة إلى الحاجة إلى التدريب التقني، في حين تتطلب الأخطاء المرتبطة بصنع القرارات تدريب فريق العمل على مهارات صنع القرار، بينما تحتم الأخطاء الإجرائية -والناتجة عن عوامل بشرية أو بسبب عدم كفاية الإجراءات- تغيير هذه الإجراءات بما يحقق السلامة. من جانب آخر، يمكن من خلال الحزم والإجراءات الصارمة وقف الانتهاكات والمخالفات الناتجة عن ثقافة عدم الامتثال أو الالتزام بالإجراءات أو شعور بعض العاملين بالحصانة.

وفي المجال الصحي حدد الباحثون عدداً من العوامل المسببة للحوادث، والتي قد لا تختلف كثيراً عن تلك العوامل التي أدت إلى حادث الطائرة سابق الذكر. ففي دراسة استراتيجية أجراها (Williamson, Webb, Sellen, et al., 1993) في مجال التخدير شملت ألفين من الحوادث المرتبطة بالتخدير حددت ١٢ عاملاً مساهماً في وقوعها وذلك كما يلي :

- سوء الحكم أو التقدير (١٦٪).
- عدم التحقق من المعدات (١٣٪).
- خطأ في التكنيك أو الإجراء (١٣٪).
- مشاكل أخرى مرتبطة بالعامل البشري (١٣٪).
- مشاكل مرتبطة بالمعدات (١٣٪).
- السهو (١٢٪).
- التسرع (١٢٪).
- نقص الخبرة (١١٪).
- مشكلة الاتصالات (٩٪).

- عدم كفاية التقييم ما قبل العملية (٧٪).
- خلل شاشة المتابعة (٦٪).
- عدم كفاية الاستعداد ما قبل بدء العملية الجراحية (٤٪).

ويؤكد المتخصصون في علوم السلامة أن العامل البشري المتمثل في قصور الأداء المهني للعاملين من أطباء وغيرهم لا يمثل سوى جزء بسيط من العوامل المسببة للحوادث في مجال الرعاية الصحية، بل تنتج الحوادث غالباً عن عوامل أخرى في منظومة الرعاية الصحية من أهمها: السياق المؤسسي، والعوامل التنظيمية والإدارية، وبيئة العمل، وعوامل الفريق، وعوامل متعلقة بالأفراد (العاملين)، وعوامل مرتبطة بالمهمة، وخصائص المرضى (Vincent, Taylor-Adams, and Stanhope, 1998). لذلك يؤكد مدخل النظم على أنه لا ينبغي أن نفترض تلقائياً أن الخطأ البشري هو السبب الرئيسي للأحداث الضائرة. فالتركيز على مقدمي الرعاية الصحية كأهم مسببات هذه الأحداث يغيب المسببات المهمة لهذه الأحداث، ويعيق التعلم الفعال منها. وبطبيعة الحال لا يعني هذا إعفاء الأفراد من مسؤولياتهم، وألا يتم اتخاذ إجراءات تأديبية، بل على العكس فذلك ضروري جداً في بعض الأحيان، في الحالات التي تنطوي على أخطاء متعمدة أو إهمال جسيم على سبيل المثال. ولكن لا بد أن تؤخذ جميع العوامل المسببة للحوادث في الاعتبار لأنها تسهم مجتمعة في إحداث الضرر.

نموذج الجبن السويسري لتحليل مسببات الأخطاء والحوادث:

من أهم النماذج الشائعة الاستخدام لتحليل مسببات الأخطاء - والحوادث والذي بدأ استخدامه في مجالات الطيران ومولدات الطاقة النووية - ما يُعرف بـ «نموذج الجبن السويسري The Swiss Cheese Model»، والموضح في الشكل (١-٢). قدم (James Reason) هذا النموذج والذي يقوم على تشبيه النظم المعقدة بشرائح من الجبن السويسري متراسة جنباً إلى جنب وتنتشر فيها ثقوب متعددة (Reason, 1990). وتسمى شرائح الجبن بـ «الطبقات الدفاعية Defensive Layers» لوصف دورها ووظيفتها كتجهيزات دفاعية في مواقع مختلفة من النظام قادرة على اعتراض المخاطر وتحويل مسارها. وتحمل الدفاعات والحواجز والضمانات مكانة رئيسية في منظور النظم، لذلك تمتلك المنظمات المعتمدة على التكنولوجيا العالية أنظمة دفاعية مكونة من طبقات عديدة منها:

- أنظمة هندسية (أجهزة الإنذار، الحواجز المادية، أنظمة الإغلاق التلقائي).
- أنظمة تعتمد على البشر (الجراحين وأطباء التخدير والطيارين ومشغلي غرفة التحكم).
- أنظمة تعتمد على الإجراءات والضوابط الإدارية (تحديد الصلاحيات، ووضع الضوابط والقيود على الاستخدام، معايير التعيين وبروتوكولات العلاج).

وفي الأوضاع المثالية ينبغي أن تكون جميع الدفاعات قوية ومتماسكة بهدف منع عوامل الخطر من أن تسبب خسائر كبيرة. ولكنها في الواقع أقرب إلى شرائح من الجبن السويسري ممثلة بالثقوب. ومع ذلك وخلافاً للثقوب في الجبن السويسري فإن الفجوات في منظومة الدفاعات تتكون وتفتح وتغير موقعها باستمرار بفعل العوامل الكامنة والعوامل النشطة. ويتمثل الخطر الشديد عندما تنتظم مجموعة من الثقوب بشكل متتالي في خط مستقيم مما يهيئ الفرصة لوقوع حادث (Reason, 1990). وتمتلك القطاعات المعتمدة على التكنولوجيا العالية (مثل قطاعات الطيران ومحطات توليد الطاقة النووية) أنظمة دفاعية جيدة مكونة من عدة طبقات من الحواجز والضمانات التقنية والإدارية والبشرية مما يجعل وقوع الحوادث أو الأخطاء أمراً نادراً جداً.

أما في مجالات الممارسة السريرية فيفصل عدد قليل من طبقات الحماية بين عامل الخطر والضرر المحتمل. وبالرغم من الاعتماد المتزايد على التقنية والتوجه لتعزيز إجراءات وضوابط الأمن والسلامة إلا أن العامل البشري يظل هو خط الحماية الأهم في منظومة الرعاية الصحية. في الجراحة على سبيل المثال تفصل مساحة قليلة للغاية بين مشرط الجراح والأعصاب أو الأوعية الدموية غير المستهدفة بالإجراء الجراحي. فهذه الأوعية الدموية والأعصاب لا يحميها من الإصابة أو الضرر سوى مستوى المهارة والتدريب الذي يمتلكه الجراح، لذلك يعد العنصر البشري غالباً آخر وأهم الدفاعات في منظومة الرعاية الصحية.

وتتكون الثقوب في الطبقات الدفاعية نتيجة للعوامل الكامنة والعوامل النشطة، إذ تجمع معظم الأحداث السلبية بين هاتين المجموعتين من المسببات (Reason, 1990). تمثل العوامل النشطة الأعمال غير الآمنة التي يرتكبها الأفراد الذين هم على اتصال مباشر مع المريض أو النظام، وتأخذ أشكالاً متنوعة كالزلات والثغرات والأخطاء والانتهاكات الإجرائية وتؤثر تأثيراً مباشراً -عادةً ما يكون قصير الأجل- على سلامة وسائل الدفاع.

وفق المنظور التقليدي للخطأ، يتم التركيز غالباً على الأفراد ولا يتم النظر إلى أبعد من الأسباب المباشرة للأحداث الضائرة، ويتوقف البحث عن الأسباب الجذرية بمجرد اكتشاف أخطاء ظاهرة أو عوامل نشطة. ويتجاهل هذا المنظور في واقع الأمر وجود مسببات تاريخية لمعظم الأحداث السلبية. فالعوامل الكامنة أو الخفية موجودة دائماً، وتعد أسباباً "مقيمة" داخل النظام تنشأ عن القرارات التي اتخذها مصممو النظام وصانعو الإستراتيجيات والإجراءات الداخلية والإدارة العليا. وقد لا تكون هذه القرارات خاطئة بالضرورة، إذ إن جميع القرارات الإستراتيجية تتضمن احتمالاً ولو ضئيلاً للفشل، وقد تؤدي بشكل غير مباشر إلى غرس العوامل المسببة للفشل داخل النظام.

وتؤثر العوامل الكامنة سلبياً بطريقتين: الأولى أنها تؤدي إلى إيجاد ظروف مثيرة أو محفزة للخطأ في مكان العمل (على سبيل المثال: ضغط الوقت، ونقص العاملين، وعدم كفاية المعدات، والتعب، وقلة الخبرة). كما أن بإمكانها أن تسبب ثغرات طويلة الأمد أو نقاط ضعف في الدفاعات (على سبيل المثال موثوقية أنظمة الإنذار ومؤشرات الرصد، وعدم قابلية الإجراءات للتطبيق، والقصور في تصميم العمليات). وقد تظل العوامل الكامنة - كما يوحي المصطلح - كامنة داخل المنظومة لسنوات عديدة قبل أن تتحد مع عوامل الفشل المحلية (العوامل النشطة) وتهيئ الفرصة لوقوع حادث (Reason, 1990). وفي المجال الصحي يمكن أن تتمثل العوامل الكامنة في استخدام عبوات متماثلة لعقاقير ذات تركيز مختلف وتخزينها بجوار بعضها البعض في الصيدلية. ومن شأن مثل هذا الخلل أن يكون عاملاً مساهماً في إعطاء دواء خاطئ لمريض ما في حال عدم تيقظ العاملين.

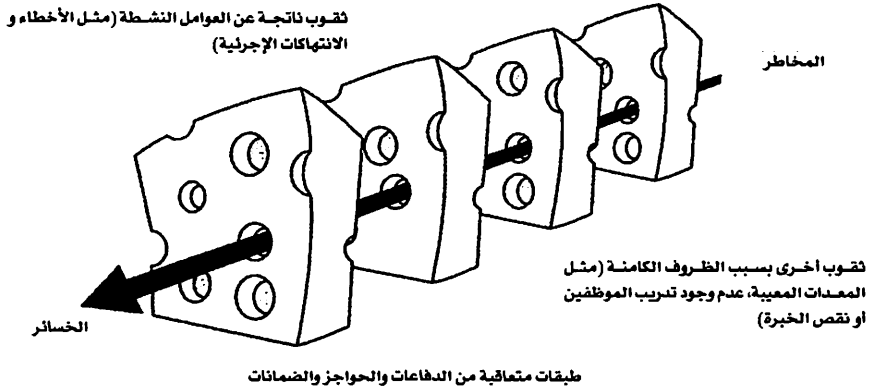
وقد أكدت البحوث في مجال السلامة أن الخطأ الطبي يمكن أن يكون نتيجة لعيوب في النظام وليس بالضرورة نتيجة لعيوب في الأفراد، وأن الجشع والجهل والخبط والكسل والإهمال ليسوا بالضرورة المسببات الوحيدة لارتكاب الخطأ ووقوع الحوادث. وبالتالي فإن بالإمكان تحديد العوامل الكامنة وعلاجها قبل وقوع حدث ضائر من خلال تبني إدارة استباقية للمخاطر بدلاً من اتباع أسلوب رد الفعل وإدارة الأزمات.

افترض (James Reason) أن معظم الحوادث يمكن أن تُعزى إلى أربعة مستويات من الفشل:

- التأثيرات التنظيمية.
- الإشراف غير الآمن.
- الاستعداد المسبق لارتكاب أفعال غير آمنة.
- الأفعال غير الآمنة.

وفق هذا النموذج يتم تمثيل الدفاعات التنظيمية ضد الفشل على شكل سلسلة من الحواجز وفي كل جزء من أجزاء النظام توجد نقاط ضعف فردية يتغير حجمها وموقعها باستمرار. ينتج الفشل في النظام ككل عندما تتوافق جميع نقاط الضعف الفردية في الجدران الدفاعية وتتخذ شكل الخط المستقيم، مما يشكل ما يعرف بـ "مسار فرصة وقوع حادث Trajectory Of Accident Opportunity"، بحيث يمر الخطر من خلال الثقوب المتتالية في كل حاجز دفاعي مؤدياً إلى وقوع الحدث الضائر (Reason, 2000).

الشكل رقم (٢-١): نموذج الجبن السويسري The Swiss Cheese Model^(١)



(2) Reason, J. (1990). Human Error. Cambridge University Press.

خاتمة:

قدمنا في هذا الفصل عرضاً متعمقاً لمفهوم الخطأ البشري بالتركيز على مختلف الرؤى التحليلية لهذا المفهوم وما يتضمنه من جوانب أخلاقية وقانونية. كما تم استعراض بعض صور الأخطاء الشائعة التي تحدث في بيئة الرعاية الصحية والأمثلة عليها، بما في ذلك أخطاء التشخيص، والأخطاء الدوائية، والحوادث المتعلقة بالتقنيات، والحوادث المرتبطة بضعف التواصل وجمع المعلومات. ولعل أبرز ما تطرقنا له في هذا الفصل هو نموذج جيمس ريسون لتفسير الأخطاء والذي استعرض منظور الفرد ومنظور النظم للأخطاء في بيئات الرعاية الصحية، وأسباب الميل لاتباع منظور الفرد. ونظراً لما يجمع القطاعات الصحية وقطاع الطيران من عوامل مشتركة -تتجسد في الاعتماد على التقنيات المتطورة، ومنظومة معقدة من الإجراءات الفنية والإدارية، والاعتماد على العمل الجماعي والفرق المتعددة التخصصات- فقد وجد الباحثون في سلامة المرضى دروساً عديدة يمكن اكتسابها من قطاع الطيران. وقد استعرض هذا الفصل أسباب وقوع حوادث الطيران وكيف يمكن أن تؤدي ذات الأسباب إلى وقوع حوادث وأخطاء في بيئة الرعاية الصحية. ومن أبرز النماذج المستخدمة في تحديد الأخطاء والحوادث والتي تم استنباطها من حوادث الطيران هو نموذج الجبن السويسري للأخطاء. يساهم هذا النموذج في توضيح العلاقة بين الأسباب الكامنة والأسباب النشطة للأخطاء والحوادث وأهمية تبني منظور النظم في التعامل مع الأخطاء الطبية. ولا شك أن فهم طبيعة الأخطاء الطبية وتصنيفها وفق أسباب وقوعها سواء كانت هفوات أو زلات أو انتهاكات أو نتيجة لأسباب كامنة أو نشطة يساعد على وضع إستراتيجيات مناسبة للتعامل مع كل منها.

الفصل الثالث

المدخل النظرية لتفسير الحوادث التنظيمية

سعى العلماء والمفكرون منذ بدايات القرن الماضي لدراسة مسببات الحوادث في مختلف القطاعات الصناعية والهندسية وتفسيرها في محاولة لمنعها والارتقاء بمعدلات السلامة في هذه القطاعات. ويقصد بالحوادث هنا الأحداث العشوائية التي تؤدي إلى الإصابة، أو الوفاة، وتدني الإنتاجية أو الأضرار المادية والجسدية والمعنوية. ويصعب منع الحوادث بدون فهم عميق لأسباب وقوعها، لذلك قدم خبراء السلامة أطروحات متنوعة لتفسير أسباب وقوع الحوادث، في محاولة للتوصل إلى نظرية متكاملة للسلامة تساعد على تحديد العوامل المسببة للخطر وما يترتب عليها من أضرار والتغلب عليها. وتعد أواخر القرن التاسع عشر والنصف الأول من القرن العشرين من المراحل المفصلية في تاريخ الحضارة الإنسانية إذ شهدت تغييرات سريعة على الصعيد الاقتصادي والتقني والاجتماعي، وتزايدت في تلك الفترة الميكنة، تلتها حركة ترشيد الإنتاج وزيادة كفاءته الاقتصادية تزامناً مع الثورة الصناعية في أوروبا الغربية وأمريكا. وقد أوجد هذا التغيير عبئاً ثقيلاً من الإصابات والوفيات المهنية في أوساط عمال المصانع ومناجم التعدين، لذلك تبلورت في هذه الفترة السلامة المهنية كعلم وتخصص مهني في المجالات الصناعية والهندسية، حيث عمل المهندسون على بناء تقنيات السلامة، ووضع إرشادات عملية للحفاظ على السلامة المهنية. كما عمل علماء الاجتماع وعلماء النفس والأطباء على استكشاف دور العامل البشري في وقوع الحوادث، وتم طرح العديد من الاحتمالات حيال أسباب الحوادث المهنية سواء من حيث القدرات البشرية في التعامل مع الظروف الخطرة، أو من حيث الأسباب الخارجية، مثل ساعات العمل الطويلة، والضغط لزيادة معدلات الإنتاج، وضغوط العمل عموماً بالإضافة إلى العوامل المادية المحيطة ومنها التعامل مع آلات ومواد خطيرة. وقد توجهت الجهود العلمية في هذا الإطار إلى الابتعاد عن الطرح التقليدي الداعي بتوجيه اللوم للعاملين واعتبارهم المسبب الأساسي للحوادث في مكان العمل والقائم على منظور (الاستعداد الطبيعي للحوادث والأفعال غير الآمنة Accident Proneness And Unsafe Acts). وعلى الرغم من الانتقادات العلمية لهذا المنظور -مع تطور الفكر الإداري- فإن شعبيته لم تتلاش تماماً حتى اليوم، إذ لا يزال هناك من يلجأ لإلقاء المسؤولية على العاملين في حال وقوع حوادث.

وتتناول النماذج النظرية التقليدية منها والحديثة أسباب الحوادث من زوايا مختلفة ومتنوعة نظراً لتعدد المفكرين في هذا المجال وتنوع تخصصاتهم، والتي تشمل الهندسة وعلم النفس وعلم الاجتماع وغيرها، إلا أنه لا توجد نظرية بعينها يمكن أن تعد نموذجاً شاملاً لتحديد مسببات الحوادث والعناصر اللازمة للوقاية منها، إذ إن معظم هذه النظريات بطبيعة الحال مفاهيمية ولا تقدم بالضرورة حلولاً تطبيقية وعملية لمنع ومكافحة الحوادث. وعلى الرغم من ذلك توفر نظريات الحوادث إطاراً للتفكير في خصائص الحوادث وأسبابها وآثارها وتعد وسيلة لتقييم المخاطر المتوقعة خلال مختلف مراحل تطوير منظومة العمل.

في هذا الفصل يتم تقديم لمحة موجزة عن مختلف النظريات ذات العلاقة بالحوادث والسلامة، وعلى الرغم من أن معظم هذه النظريات نشأت في بيئات صناعية وهندسية، إلا أنه ومع طفرة الاهتمام بالجودة والسلامة في المنظمات الصحية توجهت الأنظار إلى هذه النظريات لبحث كيفية الاستفادة منها لتعزيز السلامة في القطاع الصحي. ومن أهم النظريات المعنية بالسلامة والتي يتطرق لها هذا الفصل نظرية الدومينو لهيربرت وليام هاينريش، ونظرية العوامل البشرية، ونظرية الحادث العادي، ونظرية المنظمات ذات الموثوقية العالية. كما يناقش هذا الفصل سبل الاستفادة من هذه النظريات في المجالات الصحية لتعزيز سلامة المرضى.

نظرية الدومينو:

يعد هربرت وليام هاينريش أحد أهم رواد السلامة الصناعية في الثلاثينيات من القرن الماضي في الولايات المتحدة الأمريكية. إذ عمل كمساعد مراقب في شعبة الهندسة والتفتيش في إحدى شركات التأمين، وتسبب له المبادرة بتوثيق الأسلوب العلمي للوقاية من الإصابات العرضية في كتابه: «الوقاية من الحوادث الصناعية، منهج علمي». من أهم ما تضمنه هذا الكتاب ما يعرف بإسم «قانون هاينريش» ومضمونه أن لكل حادث يقع في مكان العمل ويتسبب في إصابة جسيمة واحدة، يوجد ٢٩ حادثاً يتسبب في إصابات طفيفة و٣٣٠ حادثاً لا يسبب أي إصابات. ولأن العديد من الحوادث ينتج عن أسباب متشابهة، فإن معالجة الحوادث الأكثر شيوعاً والتي لا تسبب إصابات جسيمة تعد وسيلة فعالة لمنع الحوادث الأكثر خطورة والتي يترتب عليها أضرار جسيمة وإصابات بالغة (Heinrich, 1959).

وتعد الأفكار التي قدمها هاينريش الأساس لنظرية السلامة القائمة على السلوك (Behavior-Based Safety)، التي ترى أن نسبة كبيرة من الحوادث في مكان العمل

تنتج عن أعمال غير آمنة. توصل هاينريش إلى هذا الاستنتاج بناءً على مراجعة دقيقة لآلاف من تقارير الحوادث التي أعدها المشرفون لأغراض التأمين والذين يلغون باللوم عادة على العاملين دون إجراء تحقيقات مفصلة في الأسباب الجذرية للحوادث. ويمثل الاستنتاج الذي توصل له هاينريش بأن معظم الحوادث والإصابات في مكان العمل تنتج بسبب "فشل بشري Human Failure" من أهم الحقائق العلمية في هذا المجال. إذ أشار هاينريش إلى أن ٨٨٪ من مجمل الحوادث الصناعية يرتبط بالعامل البشري، بينما ينتج حوالي ١٠٪ من هذه الحوادث بسبب ظروف غير آمنة، و ٢٪ منها بسبب ظروف وأحداث لا يمكن الوقاية منها (Heinrich, 1959). ويؤكد هاينريش أن الخصائص والسلوكيات الفردية للعاملين تمثل السبب الرئيسي لمعظم الحوادث في غالبية الحالات، إذ تدفع الصفات الشخصية أو الذهنية - سواء كانت مورثة أو مكتسبة - الأفراد لاتخاذ تصرف متهور كالعناد والجشع وما إلى ذلك، مما يمهّد لتكوين أحكام غير موضوعية وقرارات غير سليمة تنعكس على السلامة في العمل.

يشبه هاينريش نظريته بخمس قطع من الدومينو مرتبة بالتالي بحيث يؤدي إيقاع واحدة منها إلى الإطاحة بالبقية، كل من هذه القطع تمثل أحد العوامل التالية (Heinrich, 1959):

- البيئة الاجتماعية والوراثة: هذه هي قطعة الدومينو الأولى في السلسلة وتختص بالسمات الشخصية للعاملين. ويفسر هاينريش السمات الشخصية غير المرغوبة مثل العناد والجشع والتهور بأنها إما أن تنتقل عن طريق الوراثة، أو تكتسب من بيئة الشخص الاجتماعية، (ما يُشار إليه الآن بـ «الطبيعة Nature و التنشئة "Nurture"») وتسهم هذه العوامل في تكوين السلوك أو التصرف الخاطئ من قبل الفرد.

- الخطأ الفردي: ويمثل الدومينو الثاني ويرتبط أيضاً بسمات الشخصية، إذ يوضح هاينريش أن العيوب الخلقية الناجمة عن الدومينو السابق مثل تعكر المزاج، واللامبالاة، والجهل، والتهور كلها تسهم في وقوع الحوادث. وبالتالي؛ فإن العوامل السلبية وأوجه القصور الطبيعية أو البيئية - سواء كانت في الأسرة أو في المحيط الاجتماعي - تؤدي إلى تكوين عيوب شخصية ثانوية تمثل في حد ذاتها عوامل مساهمة في تبني التصرفات والسلوكيات غير الآمنة، أو إيجاد ظروف غير آمنة.

• الأفعال غير الآمنة و / أو الظروف غير الآمنة: ويتناول الدومينو الثالث الأسباب المباشرة للحوادث، ومن أمثلة ذلك تشغيل الجهاز دون إنذار مسبق. ويرى هاينريش أن الأعمال غير الآمنة والظروف غير الآمنة تمثل عاملاً محورياً في منع وقوع الحوادث، وهي أفضل طريقة لمعالجة العوامل المسببة بإزالة واحدة من أحجار الدومينو من سلسلة العوامل. ويحدد هاينريش أربعة أسباب تجعل الناس يرتكبون أعمالاً غير آمنة: الاتجاهات (attitudes) غير المناسبة، ونقص المعرفة أو المهارة، وعدم الملاءمة الجسدية، والبيئة التقنية والمادية غير المناسبة. ولاحقاً قام بتقسيم هذه العوامل إلى فئات "مباشرة" و "كامنة". على سبيل المثال عندما يرتكب عامل عملاً غير آمن قد يفعل ذلك لأنه غير مقتنع بأن التدابير الوقائية ضرورية، وكذلك بسبب عدم كفاية الإشراف. الأول يصنف على أنه السبب المباشر، بينما يصنف الثاني من الأسباب الكامنة. يؤدي هذا المزيج من الأسباب المتعددة إلى تكوين سلسلة منتظمة من الأحداث التي تقود لوقوع حادث.

• الحوادث: يقول هاينريش: "وقوع إصابات يمكن الوقاية منها هو نتيج طبيعي لسلسلة من الأحداث أو الظروف التي تحدث دائماً في منظومة ثابتة ومنطقية" ويعرف الحوادث بأنها: "أحداث مثل سقوط الأشخاص، وإصابة شخص بعد اصطدامه بجسم طائر في الهواء". وبالتالي فإن الحوادث تعد نتيجة حتمية للعوامل السابقة والمتمثلة في قطع الدومينو الثلاث الأولى.

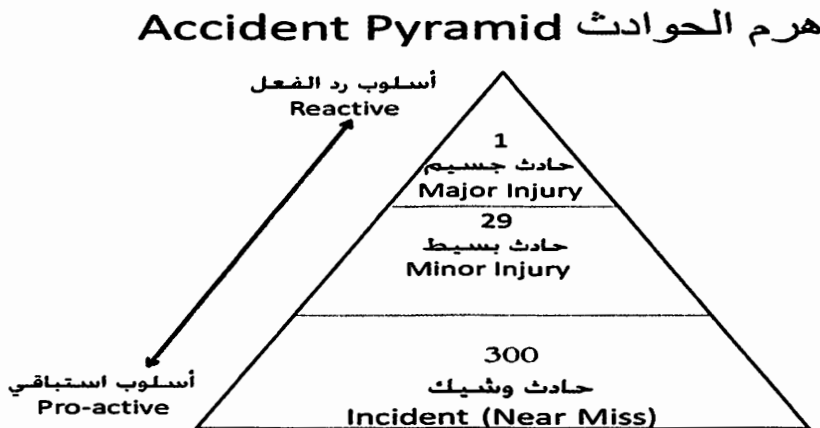
• الإصابات: تنتج الإصابات عن الحوادث، كالجروح والكسور في العظام. ويرى هاينريش أن المسؤولية تقع في المقام الأول على صاحب العمل. فالمدبر الواعي حقاً للسلامة سوف يتأكد من حرص المشرفين والعاملين على الالتزام بالتعليمات، ويمارس صلاحياته للحصول على الامتثال، ويقوم بمتابعة الظروف غير الآمنة والتخلص منها عن طريق الرقابة الصارمة والتدريب والضبط.

من أهم ماقدمه (H.W. Heinrich) في عام ١٩٣١ ما يعرف بـ "هرم الحوادث The accident pyramid" والذي يركز اهتمامه على "الحوادث الوشيكة Near Misses". وهو بذلك قام بتحول جذري عن محور التركيز التقليدي لبرامج السلامة في ذلك الوقت والذي لا يعترف بالمشكلة إلا بعد وقوع حادث جسيم أو إصابة بالغة أو حدوث وفاة. وجاء هذا التركيز الجديد على الحوادث الوشيكة أو المحتملة ليبرز أهمية الوقاية والاستعداد للحوادث والأخطاء في جميع الأحوال. ووفقاً لهذه النظرية

فإن الممارسة التقليدية لقياس السلامة والحوادث (والإصابات) تركز عادة على عدد أو تكرار هذه الحوادث وحدتها وحجم الضرر الناجم عنها. ومما يؤخذ على هذه الممارسة التقليدية أنها تسمح بتحليل البيانات فقط في الحالات التي يترتب عليها نتيجة سلبية، بينما لا تسمح بدراسة المخاطر المحتملة (Potential Risk). وإذ إن هذا المنهج يعطي فكرة قاصرة عن مواطن "فشل النظام" فهو بالتالي لا يؤدي إلى تغيير السلوكيات غير الآمنة والوقاية من حدوث الأخطاء مستقبلاً. وقد أظهرت دراسات Heinrich في مجال الصناعة أن لكل حادث يتسبب في إصابة خطيرة يوجد عدد أكبر بكثير من الحوادث التي تسفر عن إصابات طفيفة أو الحوادث التي لا تسفر عن أي ضرر على الإطلاق، كما هو مبين في الشكل رقم (٣-١). ومن هنا تم احتساب ما يُعرف بـ "معدل هنريتش Heinrich Ratio" والذي يُقدر بـ ٢٩، ٤٨ في مجالات الصناعة، أي بما يعادل حادث واحد جسيم إلى ٢٩ حادث ثانوي إلى ٣٠٠ حادث وشيك (Hollnagel, 2009).

وبناءً على هذه النظرية توجه اهتمام خبراء السلامة في المجال الصحي إلى الأحداث الوشيكة باعتبارها محور تركيز جهود الوقاية من الأخطاء والمخاطر. ولذلك تستهدف أنظمة التبليغ عن الأخطاء في مجالات الرعاية الصحية الأحداث الوشيكة باعتبارها مصدراً هاماً للمعلومات حيال سبل الوقاية وتعزيز سلامة المرضى.

الشكل رقم (٣-١): هرم الحوادث^١



(1) Heinrich, H (1959). Industrial Accident Prevention: A Scientific Approach, 4th Edition, McGraw-Hill Book Company, Boston.

نظرية العوامل البشرية:

تعود جذور نظرية العوامل البشرية إلى فترة الحرب العالمية الثانية، وطبقت تحديداً في مجال تصميم واستخدام الطائرات لأغراض تحسين السلامة في الطيران. ومن أوائل من اهتم بدراسة العامل البشري كان علماء النفس والذين سعوا لتطوير مفاهيم «علم النفس التطبيقي» و «بيئة العمل» ومنهم إلياس بورتر وغيره من الباحثين في مؤسسة راند (Rand). وتعد نظرية العوامل البشرية حقلاً متعدد التخصصات يتضمن مساهمات من عدة علوم منها علم النفس، والهندسة الصناعية، والإحصاء وبحوث العمليات وغيرها، ولذلك تعد هذه النظرية نتاج جهد متعدد التخصصات للتعرف على القدرات والقيود البشرية، وتطبيق هذه المعلومات على المعدات والنظم والمرافق والإجراءات وظروف العمل والبيئات والتدريب والتوظيف وإدارة الموارد البشرية بما يحقق الأمان والراحة والفاعلية للأداء البشري. وتسعى نظرية العامل البشري إلى دراسة مختلف جوانب تفاعل البشر واتصالهم بالعالم من حولهم بهدف تحسين الأداء التشغيلي والسلامة وتحقيق راحة الإنسان في حياته اليومية وفي أدائه لعمله ولتحقيق التوازن بينه وبين البيئة المحيطة. وتتضمن العوامل البشرية الخصائص الجسدية والمعرفية للسلوك الفردي أو الاجتماعي، والتي تضع حدوداً للأداء وتؤثر على فاعلية النظم المعتمدة على التقنية. كما يقوم هذا العلم بدراسة طريقة البشر في العمل والتفكير، وحتى في التسلية، من خلال سلوكهم واستخدامهم لقدراتهم الأربع: الحركة والإحساس والعقل والمشاعر. وتهدف هذه النظرية من ذلك إلى التركيز على البشر في عملهم وبيئاتهم المعيشية وعلاقاتهم مع المعدات والإجراءات والظروف المحيطة بالأداء، كما تولي قدراً من الأهمية لعلاقاتهم مع الآخرين بهدف تحقيق السلامة والكفاءة.

تستخدم هذه النظرية بشكل واسع في المجالات الهندسية، لذلك يُشار أحياناً إلى مصطلح «هندسة العوامل البشرية» والتي تعرف بأنها: «اكتشاف وتطبيق المعلومات حول السلوك والمقدرات والحدود والخصائص البشرية في تصميم الأدوات والآلات والأنظمة والأعمال وبيئات العمل من أجل ضمان استخدامها بأمان وراحة وفاعلية». كما تعرف بأنها: «دراسة التفاعل بين الإنسان والعمل، خاصة فيما يتعلق بتصميم الآلات والأدوات لتلائم الجسم البشري ولتكفل أداءه لعمله بأقل جهد ولتوفر له أكبر قدر من الأمان والراحة في الاستخدام».

ويشير المختصون بأن هذه النظرية تُعنى بالتوافق والملاءمة والمطابقة. أي التوافق بين البشر والأشياء التي يستخدمونها والمهام التي يقومون بها والبيئة التي يعملون فيها ويتقبلون في أرجائها؛ بل والتي يلهون ويلعبون بها. وإذا ما تحقق هذا التوافق و هذه الملاءمة بشكل جيد فإن الضغوط التي تقع على البشر تقل، وسيشعرون بالراحة وسيتمكنهم ذلك من أداء مهامهم بشكل أسرع وأسهل وبعدد أقل من الأخطاء. وتستند نظرية العامل البشري إلى فكرة أساسية محورها أن طبيعة المهام والتقنيات وبيئة العمل والسياسات التنظيمية التي يعمل في نطاقها البشر تحدد أداءهم، وقد تكون أو لا تكون متوافقة مع مواطن قوتهم وضعفهم. وعندما لا تتوافق مكونات منظومة العمل مع الخصائص الحسية والسلوكية والمعرفية والجسدية لمقدمي الخدمات، تكون النتائج في كثير من الأحيان متدنية مقارنة بالجهد المبذول ونوعية الأداء المطلوب، مما ينعكس على الرضا الوظيفي للعاملين وعلى السلامة.

ووفقاً لهذه النظرية فإن معظم الناس يتعاملون مع منتج ما أو قطعة من المعدات أو بيئة عمل قد تؤدي إلى مستوى أقل من الأداء إذا لم تؤخذ حدود القدرات البشرية في الاعتبار عند تصميم منظومة العمل، إذ يمكن أن تكون الآلات مربكة أو صعبة الاستخدام وغير آمنة أو غير فعالة ومجهدة بما يفوق طاقة البشر. لذلك تهتم بحوث العامل البشري بالتعرف على العوامل التي تؤثر في الأداء البشري -بما فيها طبيعة السلوك الإنساني، وحدود وقدرات البشر، ومواطن قوتهم وضعفهم في تصميم الأدوات والآلات والنظم والمهام والوظائف وبيئة العمل- لتحقيق إنتاجية عالية وتوفير منظومة عمل آمنة ومريحة وفعالة، بحيث يتمكن الإنسان من التفاعل مع المعدات والآلات والبيئة المحيطة بفاعلية وأمان وسهولة. ووفقاً لهذه البحوث فإن أهم المؤثرات في الأداء البشري هي:

- الاتصالات والتفاعلات الإنسانية.
- الوعي الظرفي (Situational Awareness).
- إدارة النزاعات.
- صناعة القرار.
- المواقف والاتجاهات والأنماط السلوكية.

- العمل الجماعي / القيادة.
- توزيع عبء العمل.
- ساعات العمل والمنوبات.
- تصميم شاشات المتابعة وأجهزة التحكم.
- الإجهاد/التعب.
- التهديد والتعامل مع الخطأ (Threat and Error Management).
- الروح المعنوية والرضا الوظيفي.
- إجراءات التشغيل الموحدة (Standard Operating Procedures).
- البيئة المحيطة (الضوضاء، الإضاءة، التهوية، إلخ).

وفي المجال الصحي يتم تطبيق نظرية العوامل البشرية لأغراض مختلفة ونتج عن تطبيقها تقدم مهم في جهود تعزيز السلامة. ومن ذلك على سبيل المثال في مجال التخدير؛ من خلال الرصد المنهجي للحوادث والأخطاء وتحليلها والانتباه إلى جوانب التصميم والراحة في استخدام المعدات، واستخدام أنظمة السلامة، والاهتمام بالتعب والإجهاد الذهني. كما يتم تطبيق نظرية العوامل البشرية لتصميم بيئة العمل والمعدات الطبية للتأكد من كفاءتها وفعاليتها وأمانها (Carayon, 2007).

وفي الآونة الأخيرة سعى عدد من الباحثين والمهتمين بدراسة العوامل البشرية وتأثيرها على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى لمعالجة مجموعة أكثر شمولاً من العوامل في المنظومة الاجتماعية-التقنية (Socio-Technical) بما في ذلك المرضى ومقدمي الخدمات والمهام والعمل الجماعي والبيئة التنظيمية والجوانب الإدارية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية الخارجية المؤثرة في أداء المؤسسة (Carayon, 2007). وتجدر الإشارة إلى أن إدارة مختلف المكونات المرتبطة بنظام الرعاية هي التحدي الرئيسي الذي يواجه مقدمي الرعاية والمهتمين بسلامة المرضى على حد سواء.

ويمكن أن تنتج الأحداث السلبية في المجالات الصحية عن عوامل مختلفة مرتبطة بالعامل البشري ومنها: سوء التواصل، وسوء استخدام المعدات، والأخطاء المعرفية

بسبب الإجهاد أو عدم الانتباه والضوضاء وقلة التدريب وجميع المشكلات المتعلقة بالموارد والجوانب التنظيمية أو الإدارية (Schaefer, Helmreich, & Scheidegger, 1994).

لذلك تُعد نظرية العامل البشري في سياق الرعاية الصحية وسيلة جديدة وبديلة لمعالجة الأخطاء السريرية وتعزيز سلامة المرضى. وقد طبق Vincent و Reason (١٩٩٩) هذه النظرية لتوضيح أن التهديدات التي تواجه سلامة المرضى تتأصل في أربعة عوامل:

- «المهمة»: ويُقصد بها العوامل المرتبطة بطبيعة المهمة، على سبيل المثال عدم وجود إجراءات عمل موحدة أو الاعتماد المفرط على الذاكرة.
- «فريق العمل»: يشمل ذلك الاتصالات والتفاعلات الإنسانية، وأسلوب قيادة الفريق، وآليات صنع القرار داخل الفريق، وتوفر الوعي الشمولي بالأوضاع والظروف المحيطة بالعمل.
- «الظروف»: ويقصد بها العوامل الظرفية والخصائص المتعلقة بالبيئة المباشرة للعمل مثل ضغط الوقت، وتدفق المعلومات، وقصور الإجراءات.
- «العوامل التنظيمية»: تتضمن وجود أنظمة دفاعية أو أنظمة للإنذار المبكر، وأنظمة الإبلاغ عن الحوادث، بالإضافة إلى درجة تكرار العمليات التنظيمية.

وفي رؤية أخرى لتطبيق نظرية العوامل البشرية على المجال الصحي قدم (Vincent, Taylor-Adams and Stanhope, 1998) إطاراً يوضح العوامل البشرية المؤثرة على الممارسة الإكلينيكية متضمناً سبعة عوامل هي (الشكل ٢-٣): السياق المؤسسي، العوامل الإدارية والتنظيمية، بيئة العمل، فريق العمل، عوامل الفرد، عوامل المهمة، وعوامل المريض. وتم اشتقاق هذا الإطار من نموذج (Reason) للحوادث التنظيمية وعدد من الأطر المعروفة في مجال العوامل البشرية، إضافة إلى نتائج الدراسات ذات العلاقة بالأخطاء الطبية. ويتضمن هذا الإطار العديد من الميزات التي تتسم بأهمية خاصة في مجال الرعاية الصحية مثل مواصفات المريض وفريق العمل والسياقات التنظيمية والاقتصادية لتقديم الرعاية الصحية.

الشكل رقم (٣-٢): الإطار العام للعوامل البشرية المؤثرة على الممارسة الإكلينيكية.^٢



ولا شك أن الحالة التي يعاني منها المريض هي المؤشر الأقوى للنتائج السريرية. ومع ذلك فإنها تكتسب مزيداً من الأهمية في هذا السياق نظراً لأن احتمال تعرض المريض للأحداث السلبية يكون أكبر عندما تزيد حدة المرض. وتؤثر عوامل أخرى مثل لغة المريض وسماته الشخصية على تواصله مع العاملين وبالتالي على احتمال وقوع أحداث سلبية. كما يؤثر عدد من العوامل ذات العلاقة بالعاملين على النتائج السريرية مثل سمات الشخصية والخبرة والتدريب. وتتأثر مخرجات الرعاية بدرجة الثقة والاطمئنان التي يمتلكها العاملون، فقد يشعر صغار العاملين بالقلق والتوتر وعدم الثقة بالنفس، وقد يشعر كبار الموظفين بالثقة المفرطة بالنفس وبالغرور، ولهذا بطبيعة الحال انعكاساته على مخرجات الرعاية الصحية.

(2) Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. BMJ. 1998;316:1154-1157.

من جانب آخر فإن كل موظف هو جزء من فريق، سواءً داخل الوحدة أو على النطاق التنظيمي الأوسع كالمستشفى أو المجتمع المحلي. وتتأثر الطريقة التي يمارس بها الأفراد عملهم وتعاملهم مع المرضى بسلوكيات بقية أعضاء الفريق، وتواصلهم، ومستوى الدعم والإشراف المتوفر لهم. كما يتأثر الفريق بدوره بالإجراءات التي تتخذها الإدارة والقرارات التي يتم اتخاذها على مستوى أعلى في المنظمة. وسيطر كبار الأطباء والمديرون جزئياً على بيئة العمل على الرغم من أنهم كذلك يتأثرون بعدد من العوامل والظروف.

تشمل "بيئة العمل" وفق هذا الإطار عوامل مثل عدد العاملين في مختلف المستويات والتخصصات وتوافر المعدات وجودة صيانتها والتعليم والتدريب. كما تتأثر المنظمة بدورها بالبيئة الخارجية، بما في ذلك البيئة التجارية والقيود المالية والهيئات الرقابية الخارجية والمناخ الاقتصادي والسياسي. وقد تؤثر المستويات الأعلى (السياق المؤسسي والتنظيم والإدارة) بشكل أكبر من غيرها من العوامل، إلا أنه من الصعب تقييم أثرها مباشرة. ويشير (Reason) إلى أنه قد تم وضع العديد من إجراءات وأساليب العمل في منظمات الرعاية الصحية بناءً على الممارسة القائمة أو التفضيل الشخصي للعاملين، وليس من خلال منهج علمي لتصميم منظومة عمل تساهم في تقليل ارتكاب الأخطاء ورفع كفاءة الأداء. ويقع كثير من مقدمي الخدمات والمسؤولين في فخ تكريس وحماية الوضع الراهن، أي عمل الأشياء لمجرد أنه قد تم -دائماً- القيام بها على نحو معين. في المقابل؛ يأخذ المتخصصون في مجال العوامل البشرية في الاعتبار نقاط القوة والضعف البشري في تصميم نظم العمل، مع التشديد على أهمية تجنب الاعتماد على الذاكرة والحذر، والاعتماد على النوايا، وهي جوانب ضعيفة الموثوقية في الأداء البشري. لذلك تدعو هذه النظرية إلى تبسيط العمليات الرئيسية وتوحيد إجراءاتها؛ مما يؤدي إلى تقليل الارتباك ورفع الكفاءة وتقليل عدد الأخطاء الناجمة عن العوامل البشرية.

نظرية الحادث العادي:

وضع (Charles Perrow) النموذج الأولي لما أصبح يُعرف باسم نظرية الحادث العادي (Normal Accident Theory (NAT)) في أعقاب الحادث الذي وقع في محطة للطاقة النووية (Three Mile Island) في عام ١٩٧٩. تتضمن فكرة هذه النظرية أن الحوادث التنظيمية تعد أمراً "عادياً" بل و "متوقفاً" ولا يمكن تفاديه، وخاصة في المنظمات التي تتعامل مع التقنيات المعقدة. وهذا ليس ناتجاً عن الطبيعة الخطرة لنشاطها أو الاحتمالات العالية لوقوع أخطاء في التشغيل (Operator Error)، ولكن بسبب الطريقة التي يتم بها تصميم منظومة العمل، والتي تهيئ الفرصة المواتية لوقوع أحداث فشل متفرقة (Discrete Failures) تتوالى بشكل يخرج عن نطاق السيطرة، وتتطور إلى أن تصبح كوارث كبيرة. وفقاً لهذه النظرية فإن قابلية تعرض النظام للحوادث العادية ترتبط بخاصيتين هما: التعقيد التفاعلي (Interactive Complexity) والاقتران التنظيمي لمكونات النظام (Organizational Coupling).

التعقيد التفاعلي:

يقصد بالتعقيد التفاعلي أن حوادث الفشل الصغيرة -والتي تقع أحياناً بشكل متفرق ضمن النظم الفرعية في المنظمات- تتفاعل فيما بينها وتتربط بطريقة غير متوقعة وغير ظاهرة ضمن منظومة معقدة بما يؤدي لتكوين حوادث كبيرة. ويؤدي التعقيد التفاعلي إلى وجود تسلسل غير مألوف وغير مخطط وغير متوقع للأحداث، وقد يكون غير مرئي أو غير مفهوم وقت وقوعه مباشرة. وعندما تكون مكونات النظام مترابطة بإحكام، أي أن كل جزء من مكونات النظام يرتبط بقوة مع عدة أجزاء أخرى فإن إحداث تغيير في أحد الأجزاء يؤثر على الأجزاء الأخرى.

الاقتران التنظيمي:

ويرتبط الاقتران التنظيمي بفهم كيفية ترتيب النظم الفرعية، ودرجة الاعتماد المتبادل أو الارتباط بين العمليات التنظيمية. حيث إن الفشل الذي يحدث في إحدى العمليات التنظيمية أو الأقسام أو الأنشطة المقرونة بإحكام (Tightly Coupled) يمكن أن ينتشر على نطاق أوسع في جميع أنحاء النظام من خلال سلسلة متصاعدة من التداعيات غير المرغوب بها، والتي تمتد تدريجياً لتؤثر على المهام والعمليات التي ترتبط بها وتضعفها. أي أن الترتيبات الهيكلية في المنظمة تسهم في تحويل عوامل

الخطورة إلى كوارث أو حوادث «عادية» (Perrow, 1984). وتتسم النظم المقترنة بإحكام بالاستجابة السريعة للاضطرابات وبالتالي فقد تكون النتيجة المترتبة على الخطأ كارثية. خلافاً لذلك في الأنظمة غير المقترنة تكون الروابط أقل إحكاماً بين الأجزاء، وبالتالي تصبح قادرة على استيعاب الفشل أو الأحداث غير المخطط لها بدون زعزعة استقرارها.

ووفقاً لهذه النظرية، فإن الأنظمة التي تتسم بدرجة عالية من التعقيد التفاعلي والاقتران المحكم تتعرض بدرجة أكبر للحوادث التي لا يمكن التنبؤ بها أو منعها والتي أسماها Perrow حوادث النظام. وعندما يكون النظام على درجة عالية من التعقيد التفاعلي فإن أحداث الفشل المستقلة يمكن أن تتفاعل بطرق لا يمكن التنبؤ بها من قبل المصممين والمشغلين للنظام. وإذا كان النظام أيضاً يتسم بالاقتران المحكم فإن الآثار المتتالية للفشل يمكن أن تخرج عن نطاق السيطرة بسرعة قبل أن يتمكن مشغلو النظام من فهم الوضع واتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة. في مثل هذه الأنظمة يمكن للحوادث التي تبدو تافهة أن تتوالى في سلسلة لا يمكن التنبؤ بها قد تؤدي إلى عواقب خطيرة.

تؤثر التكنولوجيا الحديثة بشكل كبير على طبيعة الحوادث في مختلف البيئات الصناعية والخدمية، مما يتطلب وضع آليات مناسبة لفهم وتفسير الأسباب وتقييم المخاطر لمنع الحوادث المتعلقة بالتقنية. وقد غيرت التكنولوجيا الحديثة والأتمتة بشكل كبير طبيعة عمل الإنسان من الأعمال اليدوية أساساً إلى أنشطة تقوم على المعرفة المكثفة والمهام المعرفية، مما أوجد مشاكل جديدة وأنواعاً جديدة من أشكال الفشل في النظم البشرية-الآلية.

تشترك المجالات الطبية المعتمدة على التكنولوجيا العالية - مثل وحدات العناية المركزة، وغرف الطوارئ، وغرف العمليات والتخصصات الطبية ذات المخاطر العالية مثل الأورام وزراعة الأعضاء، وجراحة الأعصاب، وجراحة القلب، والعلاج الجيني - في العديد من أوجه الشبه مع غيرها من النظم الاجتماعية المعتمدة على التقنية العالية، والتي يتفاعل فيها البشر مع التقنيات المعقدة. لذلك فإن نظرية الحادث العادي تنطبق على الأحداث السلبية التي تحدث في هذه الأقسام، وغالباً ما تكون الأخطاء الفادحة في هذه الوحدات ناتجة عن تراكم إخفاقات متعددة كبيرة أو صغيرة، وقد يكون لكثير منها أسبابه البعيدة جداً عن المحيط المباشر للرعاية (Tamuz, Harrison, 2006).

هناك مع ذلك فرق كبير بين المجالات الطبية عالية الخطورة والنظم الاجتماعية المعتمدة على التقنية المتقدمة (Complex socio-technical systems) مثل صناعة الطيران. فقد أدى التقدم التقني الكبير في صناعة الطيران إلى تقليص الإخفاقات التقنية بشكل كبير مقارنة بالأخطاء البشرية. أما في المجالات الطبية عالية المخاطر فلا يزال الفشل يُعزى إلى عوامل مرتبطة بالحالة الصحية للمريض (على سبيل المثال إذا كانت حالة المريض الصحية ضعيفة أساساً)، وإلى المخاطر الكامنة في بعض أنواع العلاجات المتطورة، أو إلى ضعف أداء مقدمي خدمات الرعاية الصحية، ولم تحظ الجوانب المرتبطة بالتقنية بالاهتمام الكافي كمسبب للحوادث التنظيمية في مجال الرعاية الصحية (Tamuz & Harrison, 2006).

نظرية الموثوقية العالية:

تكونت جذور نظرية المنظمات عالية الموثوقية في خضم النظريات المتطورة التي قدمها العديد من الباحثين أمثال (Karlene Roberts, Herbert Simon, James March, and Karl Weick) و الذين نجحوا في تحويل النظرة للمنظمات كآلات رشيدة إلى اعتبارها ساحات تجري فيها العديد من العمليات التنظيمية المعقدة. يمكن تعريف المنظمات عالية الموثوقية (High-Reliability Organizations) على النحو التالي: هي منظمات معقدة تعمل في مجالات تزيد فيها نسبة المخاطر، وتواجه باستمرار تطورات وأحداث غير متوقعة، إلا أنها تتمكن بالرغم من ذلك من إبقاء نسبة الحوادث فيها متدنية (Weick and Sutcliffe 2007). وتعرف كذلك بأنها منظمات نجحت في تجنب الكوارث في بيئة تعد الحوادث العادية (Normal Accidents) أمراً متوقعاً نتيجة لوجود عوامل الخطورة (Risk) والتعقيد (Complexity). أي أن المنظمات ذات الموثوقية العالية تعمل في مجالات خطرة وتتمتع على الرغم من ذلك بسجل سلامة عالي على مدى فترات طويلة من الزمن. ومن الأمثلة على المنظمات عالية الموثوقية: محطات الطاقة النووية ونظم مراقبة الحركة الجوية. ويُحسب لهذه المنظمات نجاحها في مواجهة التحديات الثقافية والمعلوماتية والمعرفية لتحسين السلامة، لأنها تمكنت من تحقيق التعلم التنظيمي على مستوى النظام ككل.

ومن أهم سمات هذه المنظمات درجة التعقيد والتطور التقني، مما يعني أن وقوع فشل في أي من مكوناتها التنظيمية يؤدي إلى كارثة. وبناءً على ذلك يتعلم العاملون في هذه المنظمات العمل في ظل قيود شديدة ودرجة خطورة عالية، وبدون ارتكاب

أخطاء. وتتميز المنظمات عالية الموثوقية بخمس خصائص تسهم مجتمعة في تكوين حالة ذهنية تبقي هذه المنظمات متوازنة وتعمل بشكل جيد في مواجهة أي حالات غير متوقعة (Roberts, 1990):

- الانشغال بالفشل.
- عدم تبسيط تفسيرات الحوادث والأخطاء.
- الحساسية تجاه العمليات.
- الالتزام بالمرونة.
- احترام الخبرة.

ولعل أهم سمة مميزة للمنظمات عالية الموثوقية هي الانشغال الجماعي باحتمال الفشل. فهذه المنظمات تتوقع الفشل وتقوم بتدريب القوى العاملة على التعرف عليه وتصحيحه. كما تقوم باستمرار بالتدريب على سيناريوهات محتملة من الفشل وتسعى لتخيل سيناريوهات جديدة. وبدلاً من النظر للفشل على أنه أمر معزول، فإنها تقوم بتعميمه. وبدلاً من إجراء إصلاحات جزئية فإنها تبحث عن إصلاحات على مستوى النظام ككل. ومن أهم مقومات الأداء العالي في المنظمات ذات الموثوقية العالية و التي تلزمها بالاستمرار في تقديم أداء عال و تميزها عن غيرها من المنظمات هي (Roberts, 1990):

(١) الكارثية المحتملة:

كل من هذه المنظمات تدرك أنها تواجه احتمالاً ولو كان ضئيلاً لوقوع كارثة كبيرة (مثل تشيرنوبيل، بوبال، وحادث مكوك الفضاء في الولايات المتحدة). هذا الاحتمال يدفعها إلى زيادة التدقيق في الأعمال، ويزيد من حدة مستوى الضغوط الواقعة على العاملين.

(٢) الاقتران المحكم للنظم الفرعية:

معظم النظم الفرعية داخل هذه المنظمات تعتمد على بعضها البعض، بدون أي مجال للتراخي والتهاون في المسؤولية المشتركة، إذ إن وقوع فشل في أحد النظم الفرعية سيكون له تأثير حيوي مباشر على نظام فرعي آخر في السلسلة، وقد يتسبب ذلك في خسارة فادحة على نطاق المنظمة ككل.

(٣) التعقيد التفاعلي:

يؤدي الترابط بين النظم الفرعية في المنظمات ذات الموثوقية العالية إلى إيجاد درجة عالية من التعقيد قد ينتج عنها تسلسل غير متوقع وغير مألوف للأحداث. وهذا يؤثر على قدرة المشغلين على تشخيص الانحراف. وتزيد درجة التعقيد نظراً لأن العاملين في هذه المنظمات لا يملكون فرصة كافية للتجربة والتعلم، بسبب طبيعة العمل والخطورة العالية المترتبة على الخطأ.

(٤) المساءلة:

الرقابة في هذه المنظمات تميل إلى أن تكون في إطار هرمي صارم، وتجري محاسبة العاملين على الفور عن أداء الأقسام الخاضعة لمسؤوليتهم. وعند وجود نتائج غير سليمة للأداء يتم اتخاذ إجراءات تأديبية صارمة.

(٥) التركيز على السلامة:

تمثل أهداف السلامة المكون الأساسي للموثوقية التنظيمية، لذلك فإن على القيادات أن تعلن أن السلامة من أهم أولوياتها، وبدون هذا الالتزام لا توجد أي قيمة للجهود الداعية لتعزيز الموثوقية.

(٦) التكرار:

الوسيلة الوحيدة لبناء منظومة ذات موثوقية عالية هي التكرار، ويتم التكرار بطريقتين: الازدواجية (Duplication) أو التقاطع (Overlap). وتعني الازدواجية أن يتم تأسيس وحدات تنظيمية أو فرق عمل متطابقة تؤدي ذات المهام بذات الطريقة. أما التقاطع فيحدث عندما تقوم فرق العمل أو الوحدات الإدارية المختلفة ببعض المهام المتشابهة.

(٧) اللامركزية:

تعتمد المنظمات ذات الموثوقية العالية على التفويض واللامركزية في سلطة صنع القرار فيما يتعلق بقضايا السلامة. فهذه المنظمات لا تنتظر التوجيهات من جهات عليا أو من جهات رقابية لتعزيز الممارسات الآمنة، وإنما تفخر بكونها تبحث وتكتشف باستمرار أساليب جديدة للأداء الآمن. لذلك يحظى الممارسون في المنظمات ذات

الموثوقية العالية بالثقة لاتخاذ الاجراءات المناسبة في الأحوال الحرجة نظراً لتمتعهم بالاعتمادية الناجمة عن الطقوس والقيم والتدريبات والحوافز. لذلك يعد فريق العمل المستقل -في عالم خاص متمتعاً بصلاحيات كاملة- منظومة مغلقة قادرة على تحقيق الموثوقية التنظيمية.

مما سبق يتضح أن المنظمات عالية الموثوقية تُعد أمثلة نموذجية لمدخل النظم. فهي تتوقع حدوث الأسوأ وتجهز نفسها للتعامل معه على جميع المستويات التنظيمية. وفي المنظمات العادية فإن من الصعب بل ومن غير الطبيعي للأفراد أن يظلوا في حالة عدم استقرار على المدى الطويل، فهم يميلون للتكيف مع الأوضاع وتقبل الأمور، حتى وإن كانت تتطوي على مخاطرة ويتخلون تلقائياً عن الحذر. وعلى العكس من ذلك، ففي المنظمات ذات الموثوقية العالية تتولى الثقافة التنظيمية علاج هذه النزعة الفطرية للتكيف مع احتمالات الخطر والتخلي عن الحذر، وذلك من خلال توفير العوامل والأدوات التي تساعد الأفراد على التذكر والانتباه وتوقع الفشل في كل وقت. ولا يقتصر السعي لتحقيق السلامة في هذه المنظمات على منع الحوادث أو الأخطاء، سواء كانت بشرية أو تقنية، وإنما على كيفية جعل النظام قوياً في مواجهة المخاطر البشرية والتشغيلية. وتجدر الإشارة إلى أن المنظمات عالية الموثوقية ليست محصنة ضد الأحداث الضارة، لكنها تتعلم ببراعة كيفية تحويل النكسات التي تعترضها إلى فرص للتعلم، تتمكن من خلالها من منح أنظمتها مزيداً من المرونة والقدرة على مواجهة احتمالات الخطر.

على الرغم من أن الأدبيات مختلطة حول ما إذا كان يمكن وصف المستشفيات بأنها منظمات عالية الموثوقية، إلا أن (Gaba 2000) يرى أن أوجه الشبه قوية بما يكفي لتبرير الاعتماد على بحوث المنظمات عالية الموثوقية في وضع نموذج معياري للتعلم التنظيمي لتحسين السلامة في الرعاية الصحية. ويرى الخبراء أن نظم الرعاية الصحية هي نظم معقدة بطبيعة الحال إذ تضم مزيجاً متنوعاً من البنى التنظيمية (Structure) (على سبيل المثال وحدات التمريض والصيديات وأقسام الطوارئ وغرف العمليات)، ومن الفئات الفنية التي تعمل فيها (مثل الممرضات، والأطباء، والصيادلة، والإداريين، والمعالجين) وتتكون من عدة عناصر مترابطة قادرة على التكيف والتغيير والتعلم من التجربة. ويناقش (David Gaba) الملامح المشتركة بين العاملين في مجال التخدير وأطقم الطيران، ومراقبي الحركة الجوية، ورؤساء فرق إخماد الحرائق، ومشغلي محطات الطاقة النووية، وقادة الدبابات الحربية. يرى في سياق الرعاية

الصحية أن ممارسة التخدير تشترك في أوجه تشابه كبيرة مع هذه الأنشطة أكثر من غيرها من فروع الطب، وربما باستثناء المجالات المتعلقة بالرعاية المركزة والطوارئ. وتشمل هذه الخصائص المشتركة ما يلي:

١. بيئة ديناميكية بها درجة عالية من الغموض.
٢. مصادر متعددة من المعلومات المتزامنة.
٣. أهداف متغيرة، أو غير محددة، أو متعارضة.
٤. الحاجة إلى ذهنية متطورة وقادرة على التعامل مع التغيير السريع.
٥. الاعتماد على مؤشرات غير مباشرة أو الاستدلال منها.
٦. مواجهة مشاكل غير واضحة المعالم.
٧. يترتب على الإجراءات نتائج فورية وعواقب متعددة.
٨. تمر بها أوقات من التوتر الشديد تتقاطع مع فترات طويلة من النشاط الروتيني.
٩. استخدام تقنيات متطورة مع مهام متكررة.
١٠. تداخلات معقدة ومريكة في بعض الأحيان بين البشر والنظام.
١١. الرهانات العالية.
١٢. تعدد اللاعبين مع اختلاف الأولويات.
١٣. تتأثر بيئة العمل بشكل كبير بقواعد سلوك الفريق والثقافة التنظيمية.

ومع هذا التشابه الكبير فإن هناك فارقاً واحداً مهماً بين المجالات الصحية والأنظمة ذات الموثوقية العالية، وهو النتيجة الفادحة للفشل البشري، إذ إن تسرب المواد المشعة من محطات الطاقة النووية كما في تشيرنوبيل، أو تدمير طائرة تجارية كبيرة، تترتب عليه مطالبات فورية من الرأي العام للتحقيق والمعالجة. بينما لا يجذب حادث وفاة مريض واحد (خلال عملية جراحية أو بعد إجرائها بفترة وجيزة) عادةً إلا القليل من الاهتمام خارج إطار المستشفى المعني وذوي المريض. لذلك ليس من قبيل الصدفة أن أبحاث السلامة لم تتطرق للقطاعات الصحية وتركزت حتى وقت قريب على مجالات الطيران، وتوليد الطاقة النووية، والعمليات العسكرية. فهذه هي الجهات التي تمتلك الموارد والقوة السياسية والهالة الإعلامية لدفع وتمويل أبحاث ودراسات السلامة.

خاتمة:

استعرضنا في هذا الفصل عدداً من أبرز النماذج النظرية لتفسير الحوادث التنظيمية في البيئات الصناعية، تعكس كل منها طبيعة الحقبة الزمنية التي نشأت فيها وظروف الإنتاج. وغالباً ما يُشار إلى المرحلة الأولى من التنظير العلمي حول أسباب الحوادث باسم "المرحلة التقنية"، والتي شهدت العديد من التطورات في الأنظمة الميكانيكية الجديدة السريعة مما أدى إلى اعتبار أن معظم الحوادث تنتج عن أعطال ميكانيكية، ولا سيما في السلامة الهيكلية وموثوقية المعدات. وتعد نظرية الدومينو وهرم الحوادث لهينريتش أحد أهم النماذج الأولية لفهم مسببات الحوادث في البيئات الصناعية والتي تمثل تلك الحقبة. قدمت هذه النماذج أطروحات مهمة فيما يتعلق بالتعلم من الحوادث الوشيكة وعن مسببات الحوادث بشكل عام. وتُعرف المرحلة الثانية بمرحلة الخطأ البشري، والتي تطرقت للقيود المفروضة على المشغل الإنسان بدلاً من الأعطال الميكانيكية الكارثية كمصدر لأعطال النظام، وتم تحويل تركيز الاهتمام بالسلامة من الجوانب الميكانيكية إلى الشخص المتورط مباشرة في ارتكاب الخطأ. وتأتي في هذا السياق نظرية العوامل البشرية والتي تهتم بالتعرف على العوامل المؤثرة في الأداء البشري بما فيها طبيعة السلوك الإنساني وحدود وقدرات البشر ومواطن قوتهم وضعفهم وتأثيرها في تصميم نظم وبيئة العمل بما يحقق أداء أفضل وأكثر أماناً. أما المرحلة الثالثة فيشار لها بأنها فترة "التقنية-الاجتماعية" sociotechnical والتي كانت تبحث في التأثير السلبي لقصور جوانب التشغيل وتصميم النظم على التفاعل الحاصل بين البشر والعوامل الفنية باعتباره أهم مسببات الأخطاء والحوادث. ومن هذه النظريات نظرية الحادث العادي، والتي تفترض أن وقوع الحوادث في البيئات التنظيمية أمر عادي بل ومتوقع، ويرتبط بدرجة تعقيد أنظمة العمل وخصائصها التنظيمية.

وقد شهدت السنوات الأخيرة تطوير المرحلة الرابعة للتنظير العلمي حول السلامة والتي تُعرف غالباً بـ "ثقافة السلامة". ترى هذه النظريات أن المشغلين لا يؤدون أعمالهم ولا يتعاملون مع التقنية بمعزل عن العوامل التنظيمية، بل إنهم يعملون في فرق تشكّل جزءاً لا يتجزأ من ثقافة تنظيمية معينة. وتأتي في هذا السياق نظرية المنظمات ذات الموثوقية العالية، والتي تعد من أبرز النظريات المعنية بالسلامة، إذ تصنّف المنظمات التي تعمل في مجالات ذات خطورة عالية ودرجة متدنية من الحوادث والأخطاء بأنها ذات موثوقية عالية. وبمراجعة هذه النظرية تتبين أهمية

دراسة خصائص هذه المنظمات وأسلوب العمل فيها لأنها نجحت في تحقيق معدلات عالية من السلامة وكفاءة الأداء رغم ما يشوب عملها من خطورة.

وضح هذا الفصل تطور الفكر الإداري فيما يتعلق بالسلامة وناقش أبرز النماذج النظرية التي سعت لتفسير الحوادث التنظيمية في بيئات صناعية. كما تم استعراض أبرز المحاولات لتطبيق هذه النماذج النظرية على المجالات الصحية لتفسير أسباب الحوادث التنظيمية فيها، بالارتكاز على أوجه التشابه بين منظومة الرعاية الصحية والمجالات الصناعية الأكثر تعقيداً واعتماداً على التقنية، ومن ذلك صناعة الطيران. ومع الدروس المستفادة من تجارب القطاعات الصناعية والتجارية في مجال السلامة تظل للرعاية الصحية خصوصيتها التي دعت بعض المفكرين إلى بحث تأسيس أطر نظرية خاصة بتفسير حوادث الرعاية الصحية، وهذا ما سنتناوله في الفصل القادم.

الفصل الرابع

المدخل النظرية لتفسير حوادث الرعاية الصحية

لا شك أن نظرية السلامة نشأت وترعرعت في بيئة صناعية، إلا أنها كانت قابلة للتطبيق في قطاعات أخرى بما في ذلك القطاعات الصحية والتي سعت إلى تطبيق بعض مفاهيمها حسب ما تبين من خلال الفصل السابق. لكن ذلك لم يمنع أن يعمل العديد من الباحثين على تطوير نماذج نظرية لتفسير الحوادث والأخطاء في المجالات الصحية بشكل خاص بالاستفادة من التجارب الناجحة في القطاعات الصناعية وغيرها من القطاعات. تبلورت معظم هذه النماذج خلال العقد الأخير من القرن العشرين وبداية القرن الحادي والعشرين تزامناً مع طفرة الاهتمام بجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى. من أبرز هذه النماذج ما يُعرف بنموذج مسببات الحوادث التنظيمية (Organizational Accidents) الذي قدمه (James Reason) أستاذ علم النفس التنظيمي في جامعة مانشستر في العام ١٩٩٥، ونموذج (التهديد و التعامل مع الخطأ Threat and Error Management) الذي قدمه (Robert Helmreich) من جامعة تكساس في الولايات المتحدة الأمريكية في العام ٢٠٠٠، ونموذج (العوامل المساهمة في الأحداث الضائرة في الرعاية الصحية Contributing Factors to Adverse Events in Health Care) الذي قدمه مجموعة من الباحثين من وكالة أبحاث جودة الرعاية الصحية (Agency for Health Care Research and Quality) في الولايات المتحدة الأمريكية في العام ٢٠٠٨. ونستعرض في هذا الفصل بعض هذه النماذج التي حظيت بالاهتمام وتمثل درجة من العمق في تحليل وتناول مسألة سلامة المرضى، والأخطاء والحوادث في مجالات الرعاية الصحية.

نموذج مسببات الحوادث التنظيمية:

قدم هذا النموذج (James Reason) أحد علماء النفس في جامعة مانشستر والذي يعد أحد رواد علوم السلامة في مجالات الطيران والرعاية الصحية على وجه التحديد. تضمن هذا النموذج أطروحة مضمونها أن الحوادث في المجالات الطبية تشترك مع الحوادث في النظم عالية المخاطر في العديد من الخصائص، أبرزها أنها تُعد "حوادث تنظيمية"، أي حوادث متعددة الأسباب يمكن أن تُعزى إلى قرارات تم

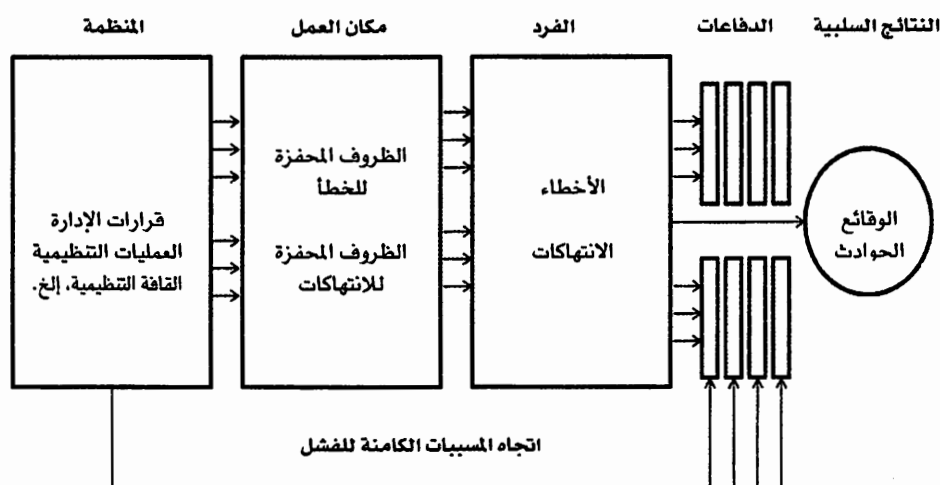
اتخاذها قبل وقوع الحادث بفترة زمنية طويلة نسبياً (Reason, 1997). محور هذا النموذج فكرة جوهرية مفادها أن العوامل المسببة للفشل تتكون في وقت مبكر وتكمن داخل منظومة الرعاية الصحية، ثم تنتقل عبر مختلف الوحدات التنظيمية والمسارات في مكان العمل ولا تظهر للسطح إلا عندما تتهياً الظروف المناسبة لوقوع الحوادث (Reason, 1997). ويرى جيمس ريسون أن هناك العديد من هذه العوامل الكامنة في منظومة الرعاية الصحية والتي تهتئ لوقوع الحوادث من أمثلتها: نقص العاملين، والإجهاد وضغوط العمل، والمشاكل الفنية، وضعف التواصل بين فريق العمل، وتضارب الأهداف، ونقص الخبرة، وانخفاض الروح المعنوية، وغياب روح العمل الجماعي، وغيرها. وخلافاً للعوامل الكامنة فإن العوامل النشطة قد تطرأ في أي وقت، إلا أن نسبة قليلة منها تتمكن -بمفردها- من اختراق الدفاعات في منظومة الرعاية الصحية مؤدية إلى نتائج كارثية للمريض. فالعوامل الكامنة في النظام هي ما يضيف على هذه العوامل النشطة قوتها وتأثيرها، وهي ما يُضعف الدفاعات الهادفة لتعزيز السلامة كالمعايير والضوابط والإجراءات وماشابهها (Reason, 1997). أي أن العوامل الكامنة والعوامل النشطة تتضافران معاً للقضاء على الدفاعات التي تمت هندستها داخل منظومة الرعاية الصحية لتعزيز السلامة.

يبين الشكل رقم (٤-١) مراحل تكوين الحوادث التنظيمية في مجال التخدير. وحسب ما يبينه النموذج، فإن هناك عدة أسباب تنظيمية للحوادث (على سبيل المثال: القرارات الخاصة بالتخطيط أو الجدولة، وتصميم إجراءات العمل، ووضع المواصفات، والتواصل الإنساني، وعمليات الصيانة وغيرها). ويعد الأفراد الموجودون عند نقطة تقديم الخدمة أو ما يُعرف بـ (الطرف الحاد Sharp end) عاملاً مساعداً وليسوا السبب الأساسي لسلسلة الحوادث. ويقول في ذلك (James Reason 1999):

«إن مقدمي الرعاية لا يُعدون المحرض الرئيسي للحوادث وإنما هم «ورثة» لعيوب النظام الناشئة عن خلل التصميم وأخطاء التركيب، وقصور الصيانة، والقرارات الإدارية السيئة، وبذلك فإن دورهم ينحصر في إضافة البهارات على طبخة «قاتلة» تم تحضير مكوناتها قبل وقت طويل». وقد يبدو هذا كما لو أن المسؤولية عن الحوادث انتقلت من الطرف الحاد (أي من مقدم الرعاية) إلى مديري النظام، لكن الفكرة الأساسية هي أن حصر المسؤولية في مقدم الرعاية -حسب التوجهات التقليدية- لا يفيد مساعي تعزيز السلامة، ولن يمنع وقوع مزيد من الحوادث مستقبلاً. حيث يرى ريسون أن حصر المسؤولية واللوم في

مقدمي الرعاية قد يحقق درجة من الارتياح النفسي لدى مختلف الأطراف لكنه نادراً ما يُساعد على بناء دفاعات مضادة للحوادث. لوم الأفراد يلمح إلى وجود قناعة ضمنية بتقصير مقدمي الرعاية في عملهم، وبناءً على هذه القناعة يتم الاكتفاء بتوجيه المواعظ والتوبيخ وإيقاع العقوبات ولربما التوجيه بالتدريب، ولكن اللوم لا يساعد على معالجة العوامل والأسباب التنظيمية التي تمهد لارتكاب الأخطاء ووقوع الحوادث بالدرجة الأولى.

الشكل رقم (٤-١): مراحل تكوين الحوادث التنظيمية^١



من أهم العوامل التنظيمية المحفزة على وقوع الحوادث هي القرارات الإدارية العليا، والتي يتم اتخاذها بناءً على اعتبارات سياسية واقتصادية ومالية، مما يجعل معظم هذه القرارات ناتج عن عملية تفاوضية وتنازلات تؤدي في نهاية المطاف إلى التوصل لحل وسط. وقد يحمل معظم القرارات الإدارية الإستراتيجية في طياته عواقب سلبية على السلامة في المنظمات. على سبيل المثال نادراً ما يتم تخصيص الموارد المالية أو البشرية بين الإدارات بالتساوي، فهناك دائماً خاسرون نتيجة لعملية المفاوضات على الميزانيات، وهذا ينعكس بطبيعة الحال على السلامة في الوحدات الخاسرة. ومما يزيد من تعقيد هذه الأسباب التنظيمية أن النظام الطبي ككل عبارة

(1) Reason, J (2005) Safety in the operating theatre- Part 2: human error and organizational failure. Quality & Safety in Health Care, 14 (February), 56 60 1475-3898

عن منظومة تضم العديد من المنظومات الفرعية المترابطة (المشرعين، والمصنعين، والمشرفين، والإداريين، وهيئات المعايير الطبية، والمنظمات المهنية، وموظفي الخدمة الطبية والمدنية، ومقدمي الرعاية الأولية، وهلم جرا). وتوجد داخل كل من هذه المنظومات الفرعية عوامل كامنة تنتظر فرصة مواتية لتتضافر مع المحفزات النشطة لتسبب حوادث تنظيمية لم تكن في الحسبان.

وفقاً لهذا النموذج فإن من الصعب السيطرة على العوامل البشرية المرتبطة بمقدم الرعاية، فالإلهاء، ولحظات الغفلة، والنسيان، وانشغال الذهن والتركيز على أمور أخرى، هي في مجملها ردود فعل بشرية طبيعية لبيئة العمل. كما لا يمكن التنبؤ بحدوث الأخطاء والانتهاكات، أو التحكم بها بشكل كبير. لكن المسببات الكامنة للحوادث موجودة في سياق العمل وعلى مستوى المؤسسة عموماً، وقبل وقوع أي حادث أو خلل، لذلك فإن بالإمكان التحكم بها والسيطرة عليها لمنع وقوع الحوادث والأخطاء. وبالتالي يدعو هذا النموذج إلى توجيه الجهود التصحيحية إلى مكافحة العوامل الكامنة وتطوير منظومة الرعاية ككل وعدم التركيز على الأفراد فحسب كما يجري في الممارسات التقليدية.

يشبهه (James Reason) الأعمال غير الآمنة بالبعوض، إذ يمكن ضربها بظاهر اليد أو رشها بالمبيد، ولكن سرعان ما يأتي غيرها. لذا فإن الإجراء الفعال الوحيد للقضاء على البعوض هو تجفيف المستنقعات التي يتكاثر فيها (Reason, 2000). وكذلك الأمر فيما يتعلق بالأخطاء والحوادث في المجال الصحي، فإن طبيعة وموقع المستنقعات التي تساعد على تكاثرها معروف، وقد يشمل:

- قصور روح الفريق والتواصل الإنساني.
- مشاكل التصميم والبناء والصيانة وعدم توحيد معايير التجهيزات التقنية.
- إخفاقات متعلقة بالأدوية سواء من حيث تصنيفها أو شرائها أو مراقبة المخزون منها وصرفها وحفظها.
- سوء جدولة المرضى.
- القصور في التخطيط والتنسيق بين العاملين.

ويرى (Reason) أنه في مجال الطب لا يوجد مقياس واحد مؤكد للحالة الصحية للإنسان، فهي خاصية ناشئة يُستدل عليها من خلال مجموعة مختارة من العلامات

والمؤشرات الفسيولوجية ونمط الحياة. والشئ نفسه ينطبق أيضاً على النظم المعقدة والخطرة كنظام الرعاية، فالعوامل التي تحدد مستوى «الصحة والسلامة العامة» للمؤسسة لا تكون واضحة غالباً. وكما هو الحال بالنسبة لصحة الإنسان، فإن تقييم الوضع الراهن لـ «الصحة والسلامة العامة» للمنظمة يتطلب القيام بشكل دوري بدراسة عينة مختارة من مؤشرات السلامة فيها، ولكن لا يمكن في أي وقت من الأوقات الحكم بسلامة المنظمة تماماً وخلوها من العوامل الكامنة والمحفزة للحوادث.

نموذج (التهديد والتعامل مع الخطأ):

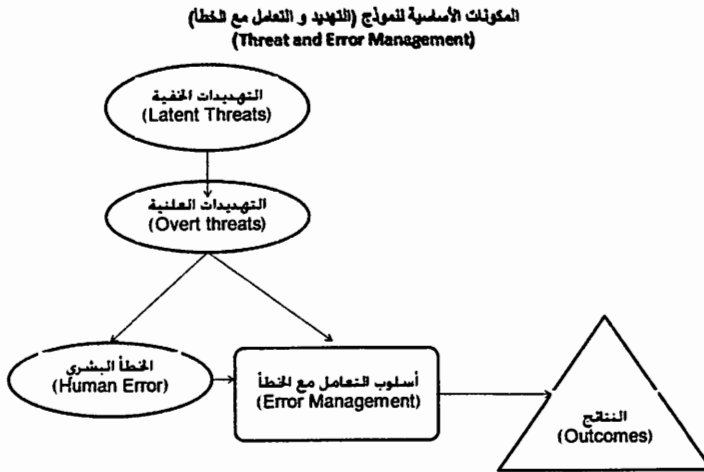
درس (Robert Helmreich) وزملاؤه تجربة قطاعات الطيران وحاولوا تطبيقها في المجالات الطبية باستخدام نموذج (التهديد والتعامل مع الخطأ) (Threat and Error Management) والذي تم تطويره في جامعة تكساس من جلال أبحاثها في مجال «العامل البشري Human Factor». تأثر هذا النموذج المهم للأخطاء في البيئة الطبية بالمنهج التنظيمية التي قدمها Reason وغيره، إلا أنه انتقل إلى عمق جديد من خلال الجمع بين التطور المفاهيمي وإجراءات المراقبة التي تم تطبيقها في كل من مجالات الطيران والطب. ويقدم هذا النموذج آليات تحديد الأخطاء، وي طرح إستراتيجيات التعامل مع الخطأ، وينظر في تأثير كل من التهديدات المباشرة والتنظيمية لسلامة المرضى. وتشمل التهديدات المباشرة عوامل مثل التعب، وأساليب الاتصال، والعوامل ذات العلاقة بالمريض، مثل صعوبة إدخال الأنابيب، في حين أن العوامل التنظيمية تشمل أموراً مثل تغيير المناوبات والقضايا المتعلقة بالموارد البشرية والتوظيف.

ينسجم هذا النموذج عموماً مع منظور النظم والذي يربط بين المدخلات والعمليات والمخرجات ومفهوم أداء الفريق، حيث تشمل المدخلات خصائص الفرد والفريق والمنظمة والبيئة والمريض، وتمثل العوامل المهنية والثقافة التنظيمية عناصر حاسمة في هذا النموذج. تُعرّف التهديدات (Threats) بأنها العوامل التي تزيد من احتمال حدوث أخطاء وتشمل الظروف البيئية مثل الإضاءة، وظروف العاملين ذات الصلة مثل التعب وأنماط الاتصال والسلطة، والعوامل ذات الصلة بالمريض مثل ضيق مجاري التنفس والمشكلات التي لم يتم تشخيصها. ويركز هذا النموذج أيضاً على التهديدات الخفية أو الكامنة في النظام أو التي تهين المجال للخطأ، مثل سياسات جدولة العمل وتبديل الورديات بين العاملين.

مكونات النموذج:

- يوضح الشكل رقم (٢-٤) المكونات الأساسية للنموذج (Helmreich, 2000)، وهي كما يلي:
- التهديدات الخفية (Latent Threats)، أي العوامل الموجودة في المؤسسة فعلاً.
 - التهديدات العلنية (Overt threats)، وهي العوامل والظروف الظاهرة وقت وقوع الخطأ.
 - الخطأ البشري (Human Error)، ويُقصد به الخطأ الذي ارتكبه الأفراد.
 - أسلوب التعامل مع الخطأ (Error Management) أي الكيفية التي تم التعامل بها مع هذا الخطأ.
 - النتائج (Outcomes) وتشير إلى التغيير الحاصل في حالة المريض نتيجة للخطأ وكيف تم التعامل مع ذلك.

الشكل رقم (٢-٤): مكونات نموذج التهديد والتعامل مع الخطأ



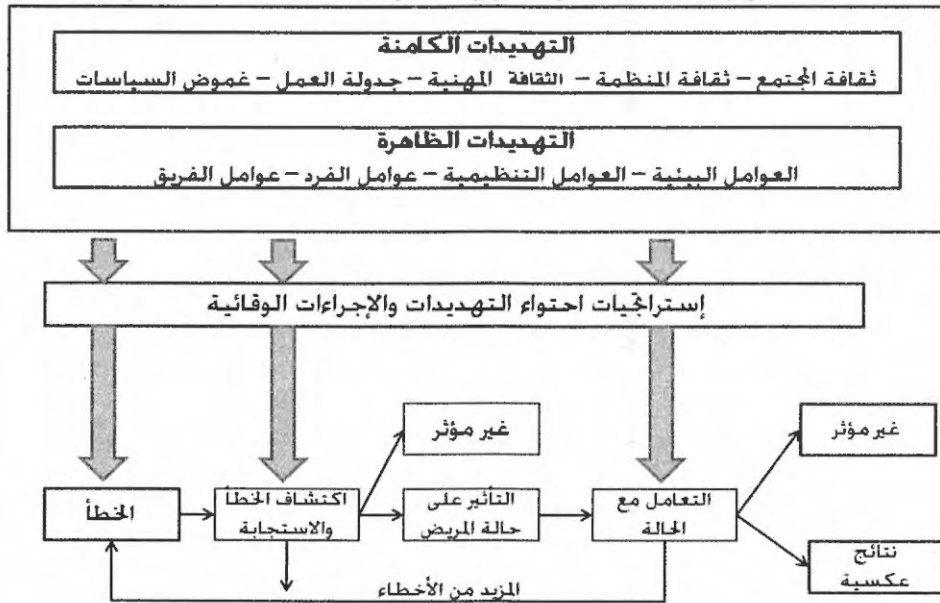
يتكون هذا النموذج من عنصرين مختلفين (Helmreich, 2000):

- الأول هو عملية ارتكاب الخطأ والتعامل معها، ويشمل ذلك دراسة الأمور المعتادة كمعدلات الوفيات والمراضة.
- أما العنصر الثاني فيتألف من تحليل التهديدات التي قد تكون لعبت دوراً في تحفيز الخطأ وفي التعامل لاحقاً مع هذا الخطأ.

(2) Helmreich, R. L. (2000). On error management: lessons from aviation. BMJ : British Medical Journal, 320(7237), 781-785.

يتجه النموذج من اليسار إلى اليمين، بدءاً بارتكاب أي خطأ، تلي ذلك الاستجابة لهذا الخطأ، وتأثير الخطأ على حالة المريض، والتعامل مع المريض استجابة لهذا التأثير، وأخيراً النتيجة النهائية للخطأ على المريض. من الملاحظ أن هذا النموذج متداخل، حيث يمثل الخطأ عاملاً مؤثراً في كل مرحلة في النموذج. وفي الشكل رقم (٣-٤) تتضح تفاصيل أكثر، ومنها أثر التهديدات العلنية والكامنة على سلامة المرضى. وقد تمنع الإجراءات المضادة والإستراتيجيات الوقائية هذه التهديدات من أن تؤدي إلى ارتكاب خطأ والتأثير على إجراءات التعامل معه. كما نلاحظ أن كلاً من التهديدات الظاهرة والكامنة تعملان في كل نقطة أثناء عملية إدارة الخطأ حيث يؤثر العامل البشري. ويقضي هذا النموذج أن نتساءل عند تحليل أية واقعة عن العوامل التي تؤثر في السلوك في كل مرحلة من مراحل التعامل مع الخطأ في النموذج (Helmreich, 2000).

الشكل رقم (٣-٤): نموذج التهديد والتعامل مع الخطأ^٢
نموذج (التهديد و التعامل مع الخطأ) (Threat and Error Management)



- (3) Helmreich, R. L. (2000). On error management: lessons from aviation. BMJ : British Medical Journal, 320(7237), 781-785.

وفقاً لهذا النموذج، فإن الأحداث السلبية الخطيرة نادراً ما تكون ناتجة عن سبب واحد مستقل بذاته، وبالتالي فإن محاولات منع أو تخفيف الآثار الضارة لهذه الأحداث تتطلب معالجة ليس فقط لسلسلة الإجراءات المتعلقة بهذا الحدث ولكن لمنظومة العمل ككل (Helmreich, 2000). وفي حين يصعب توقع الإخفاقات والأخطاء المستقبلية إلا أن بالإمكان تأسيس الدفاعات التي من شأنها الحد من أثارها السيئة. لذلك فإن الاهتمام بتصميم منظومة العمل من شأنه تقليل الآثار الضارة الناجمة عن الأخطاء وتوقع حدوثها واكتشافها في مرحلة مبكرة.

نموذج العوامل المساهمة في الأحداث الضائرة في الرعاية الصحية (Contributing Factors to Adverse Events in Health Care):

بناءً على نظرية الحادث العادي والعمل الذي قام به (James Reason) قدم (Henriksen, Dayton, Keyes, et al., 2008) نموذجاً لتوضيح العوامل المؤدية لوقوع الأحداث الضائرة في مجال الرعاية الصحية. وكما يظهر في الشكل (٤-٤) فإن هناك العديد من المكونات والعوامل التي ينبغي أخذها بالاعتبار للتوصل إلى فهم أفضل لطبيعة الأحداث السلبية التي يمكن الوقاية منها (Henriksen, Dayton, Keyes, et al., 2008).

الخصائص الفردية:

تمثل الخصائص الفردية الصف الأول من العوامل التي تؤثر بشكل مباشر على أداء مقدمي الرعاية بغض النظر عما إذا كان الأداء مقبولاً أو دون المستوى. تشمل الخصائص الفردية جميع الصفات التي يجلبها الأفراد إلى العمل مثل المعرفة، ومستوى المهارة، والخبرة، والذكاء، والقدرات الحسية، والتدريب، والتعليم، وحتى الحالة الجسدية والمعنوية مثل اليقظة، والتعب، والدافعية على سبيل المثال لا الحصر. وتعد المعارف والمهارات التي يمتلكها مقدمو الرعاية الصحية قبل الحصول على فرصة عمل من خلال برامج التدريب المعتمدة مؤشراً على قدرتهم على أداء عملهم. وفي الوقت نفسه فإن العوامل الجسدية مثل الإرهاق الناجم عن ساعات العمل الطويلة والتوتر يمكن أن تؤثر في قدرتهم على توظيف معارفهم المتخصصة على النحو الأمثل. كما ينبغي أيضاً أن تدرج قدرات ومهارات الاتصال والكفاءة الثقافية ضمن العوامل التي يشملها هذا المستوى.

طبيعة العمل:

وتمثل طبيعة العمل المستوى الثاني من العوامل المسببة للأحداث الضائرة كما هو مبين في الشكل (٤-٤)، ويقصد بطبيعة العمل خصائص العمل نفسه، وتشمل عدة أمور منها: إلى أي مدى يتم استخدام إجراءات واضحة، وطبيعة سير العمل، وعبء المرضى في وقت الذروة وفي غير أوقات الذروة، ووجود أو غياب العمل الجماعي، ودرجة تعقيد العلاجات، وفترة تشغيل المعدات وتوقفها، والمقاطعات وتعدد المهام، والمتطلبات المعرفية والمادية لأداء العمل.

واجهات التحكم في النظام:

يقصد بواجهة التحكم البشري في النظام الطريقة التي يتفاعل ويتواصل من خلالها نظامان فرعيان: أحدهما بشري والآخر آلي داخل حدود منظومة واحدة. يظهر هذا كعامل من الدرجة الثالثة في الشكل (٤-٤) آخذاً في الاعتبار أن الأجهزة والمعدات الطبية تستخدم على نطاق واسع في مجال الرعاية الصحية، لذلك من المهم تحقيق التوافق بين تصميم أدوات التحكم بالأجهزة وشاشات الرصد وقدرات ومعارف مستخدميها (Henriksen, Dayton, Keyes, et al, 2008).

يهتم العلماء في مجال العامل البشري بالعوامل ذات العلاقة بقدرة الممارسين على تشغيل الأجهزة، والمحافظة عليها، وفهم وظائفها الأساسية، فضلاً عن ارتباطها وظيفياً بالمكونات الأخرى للنظام. كذلك يهتمون بالقضايا التقنية والاجتماعية (Sociotechnical) المتعلقة باستخدام التقنية في المجالات الطبية، وبالتالي ينظرون إلى مدى توفر المتطلبات التقنية لتشغيل وصيانة الجهاز بدعم من البيئة المادية والاجتماعية والتنظيمية للمستخدم. ومن التساؤلات التي تُطرح وفق هذا المنظور: هل المرافق ومساحات العمل -حيث يتم استخدام الجهاز- مناسبة؟ هل توجد إجراءات ضمان للجودة والتشغيل السليم وصيانة الجهاز؟ ما هو نوع التدريب الذي حصل عليه مقدمو الرعاية قبل استخدام الجهاز مع المرضى؟ هل يلتزم العاملون والمسؤولون باستخدام الآمن للجهاز كجزء لا يتجزأ من سلامة المرضى؟ وبأخذ هذا النموذج في الاعتبار تنامي الدور الذي تلعبه تكنولوجيا المعلومات الصحية في الجهود الرامية إلى تحسين سلامة المرضى ونوعية الرعاية الصحية، وضرورة الاهتمام بالتدقيق لضمان

توفر أفضل الشروط في البيئة التقنية والاجتماعية (Socio-technical) لتحقيق الاستخدام الذكي والسليم للأجهزة والتقنيات الطبية الحديثة.

بالإضافة إلى أهمية تصميم أدوات التحكم وشاشات العرض أخذاً في الاعتبار القدرات الحسية والحركية للبشر، يجب أن يكون الجهاز مصمماً بطريقة تتيح للممرضة أو الطبيب سرعة تحديد حالة الجهاز. وقد أسهمت عملية تصغير الأجهزة الطبية المعتمدة على الكمبيوتر في تعزيز جودتها، ولكن ذلك قلل نوعاً ما من قدرة مقدمي الرعاية على الفهم الكامل لوظائفها. وفي غياب الفهم الجيد لآلية عمل الأجهزة الطبية لا يملك مقدمو الرعاية التصرف عند تعطلها، وعند الحاجة لاتخاذ إجراءات حاسمة وسريعة وضرورية لرعاية المرضى. لذلك فإن من الضروري أن يتمكن مقدمو الرعاية من التعبير عن ملاحظاتهم حيال سوء تصميم الأجهزة الطبية للمسؤولين عن المشتريات والمصنعين.

من جانب آخر فإن من المسلم به أن المعدات والأجهزة الطبية في كثير من الأحيان لا توجد بشكل مستقل، ولكن تستخدم إلى جانب العديد من المكونات الأخرى والملحقات والأجهزة التي تعمل ضمن منظومة متكاملة في غرف العمليات أو الطوارئ أو الرعاية المركزة وغيرها. ويقضي مقدمو الرعاية قدراً كبيراً من الوقت في البحث عن الكابلات المناسبة والخطوط والروابط، وغيرها من الملحقات. كما يتعاملون مع مزيج متنوع من شاشات المتابعة وواجهات التحكم في الأجهزة الطبية الموردة من مختلف المصنعين، ويزيد التعامل مع هذه الأجهزة المختلفة من حجم العبء المعرفي المفروض على مقدمي الرعاية، ويؤثر بالتالي بشكل كبير على سلامة المرضى.

البيئة التنظيمية والاجتماعية:

البيئة التنظيمية / الاجتماعية تمثل مجموعة أخرى من الظروف الكامنة التي يمكن أن تظل كامنة لبعض الوقت، حتى تقترن بعوامل أخرى وعندها تؤدي إلى إحباط دفاعات النظام، وتؤدي إلى الخطأ. وهي بطبيعتها عوامل يصعب فهمها والتعرف على آثارها إلا أنها موجودة في جميع المنظمات، ومنها المناخ التنظيمي، قواعد العمل الجماعي، والروح المعنوية وتدرج السلطة والممارسات الروتينية اللاشعورية والتي يغفل الأفراد عن وجودها لأنها متغلغلة عميقاً فيهم، إلا أن تأثيرها يظهر جلياً مع مرور الوقت.

في تحليل لها لكارثة المكوك الفضائي تشالنجر اكتشفت (Vaughan 1996) وجود نمط بسيط ولكنه تراكمي من التنازلات المتعلقة بالسلامة والتي أصبحت مع مرور الوقت أمراً "معتاداً" أو بمثابة "قاعدة وليس استثناء" في العمل. أطلقت "فون" على هذه الظاهرة التنظيمية/ الاجتماعية مسمى "تطبيع الانحراف Normalization of Deviance". ويقصد بها تقبل القصور والتقصير والخلل والتعود على وجوده وعدم اعتباره عامل خطورة قد يؤدي إلى وقوع الحوادث. من ذلك على سبيل المثال؛ عدم التحقق من المعلومات التي تدل على وجود شيء غير طبيعي في انطلاقة رحلة المكوك الفضائي، واعتبار أن المؤشرات تدل على مخاطرة في الحدود الدنيا المقبولة (Acceptable Risk)، مما أوجد شعوراً زائفاً بأن الرحلة آمنة.

الإدارة:

تمثل العوامل الإدارية مثل سوء التخطيط والتردد في اتخاذ القرارات، وغيرها من الممارسات التي يقوم بها المديرون وصانعو القرار كما هو مبين في الشكل (٤-٤) (المستوى الرابع) عوامل كامنة لأنها تقع حسب تصنيف (James Reason) في "المنبع Upstream"، بعيداً عن عملية تقديم الرعاية والتي تتم عند "الطرف الحاد" (Sharp End). وكثيراً ما تُصنع القرارات الإدارية في ظل غموض ونقص في المعلومات (Henriksen, Dayton, Keyes, et al, 2008).

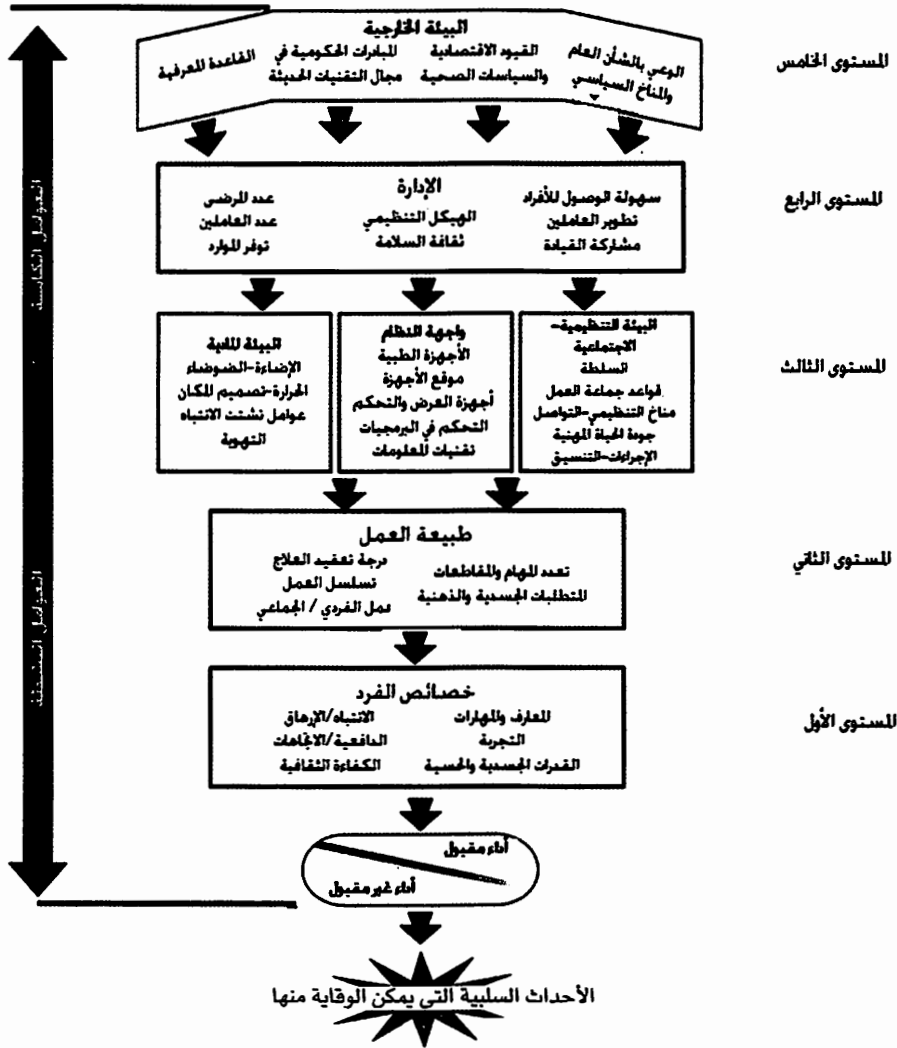
ولأن عواقب اتخاذ القرارات تبرز تدريجياً، وتتفاعل مع المتغيرات الأخرى، فليس من السهل تحديد وتوجيه المسؤولية لأولئك الذين يضعون السياسة التنظيمية، ويشكلون ثقافة المنظمة، وينفذون القرارات الإدارية، وبالتالي فمن النادر أن يحاسبوا عن عواقب أفعالهم. ومع ذلك فإن التقاليد الإدارية المأثورة والممارسات التنظيمية المتعلقة بالعاملين، والاتصالات، وعبء العمل، وجدولة مواعيد المرضى، والتقنية الحديثة، وإجراءات ضمان الجودة تؤثر بشكل كبير على سلامة المرضى. لذلك يمثل مقدمو الرعاية في الواقع خط الدفاع الأخير لأنهم يتعاملون في نهاية المطاف مع أوجه القصور في أداء كل من شارك في تصميم منظومة العمل. على سبيل المثال، فإن عدم وجود التزام قوي لدى القيادات بالجودة والرعاية الآمنة يعد عاملاً كامناً قد يبرز تأثيره السلبي عندما يتوافق مع متغيرات أخرى في النظام مثل تكليف العاملين بما يفوق طاقتهم، والمقاطعات، وسرعة وتيرة العمل بسبب كثرة المرضى.

وبالمقارنة مع مقدمي الرعاية فإن المديرين وصناع القرار في واقع الأمر يملكون مساحة أكبر بكثير لمعالجة المشكلة خلف المشكلة، إذ لديهم الفرصة للعمل مع مختلف الوحدات التنظيمية لمعالجة الثغرات أخذاً في الاعتبار ترابط منظومة الرعاية الصحية. وتشير الدلائل إلى أن القادة والمديرين يقضون الكثير من الوقت في الاهتمام بمعالجة ما يترتب على تعقيد نظم الرعاية وترابط مكوناتها واعتماديتها المتبادلة وغيرها من مناطق الضعف. وعلى الرغم من أنهم قد لا يملكون الدراية السريرية كمقدمي الرعاية، فإن لديهم بالتأكيد السلطة الرسمية لإشراك ذوي الخبرة السريرية في الجهود الداعية لإحداث التغيير المطلوب. وهكذا تبرز الحاجة إلى إيجاد تصور جديد لدور قادة ومديري الرعاية الصحية، بحيث يمتلكون فهماً أكبر لتعقيدات النظام والاعتماد المتبادل بين مكوناته، وليس فقط على المكونات الفرعية للنظام.

البيئة الخارجية:

تؤثر البيئة الخارجية على سلامة المرضى ونوعية الرعاية، إذ تسهم في تشكيل السياق الذي يتم من خلاله توفير الرعاية الصحية. ومن أبرز سمات المجتمع الديناميكي في القرن الحادي والعشرين هو أن هذه القوى الخارجية أقوى وأكثر تغيراً من أي وقت مضى. ولكي يتمكن مقدمو الخدمات وصانعو القرار في منظمات الرعاية الصحية من التغلب على هذه القوى والعمل على إحداث التغييرات اللازمة، فمن الضروري التوصل إلى فهم أعمق للقوى الخارجية المؤثرة على الرعاية الصحية، والتي تشمل تحولات الضغوط الاقتصادية والمناخ السياسي والسياسات العامة، والتقدم العلمي والتكنولوجي، والتغيرات الديموغرافية (Henriksen, Dayton, Keyes, et al, 2008).

الشكل رقم (٤-٤): نموذج العوامل المساهمة في الأحداث الضائرة في الرعاية الصحية



- (4) Henriksen K, Dayton E, Keyes MA, et al., (2008). Understanding Adverse Events: A Human Factors Framework. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2666/>

تطبيق النماذج النظرية لتفسير الحوادث:

خلافاً لنظريات العلوم الطبيعية التي تقاس قيمتها العلمية على أساس مقدار الاهتمام التجريبي الذي تحظى به، فإن قيمة النظريات في علوم السلامة تقاس بمعايير أقسى بكثير فيما يتعلق بفائدتها التطبيقية. كيف يمكن للنماذج النظرية لتفسير الحوادث التنظيمية أن تؤدي إلى إيجاد بيئة صحية آمنة؟ إن مفتاح الإدارة الفعالة للسلامة في أي منظمة تعمل في مجالات خطرة هو توجيه الموارد والإمكانات المحدودة للقضاء على أكثر المشاكل قابلية للعلاج؛ أي تلك التي يمكن التحكم فيها والقضاء عليها. وفي معظم المنظمات يتم توجيه القدر الأكبر من هذه الموارد نحو الممارسين الأفراد في محاولة لمنع تكرار أخطاء الماضي من خلال التوجيهات والعقوبات، والإجراءات الصارمة، والتشديد في الاختيار، أو في التدريب الإضافي، وإصدار التراخيص. ومع أهمية هذه الإجراءات الموجهة للأفراد إلا أنها لا تحقق نتيجة واضحة إلا إذا كان الأشخاص الذين يرتكبون هذه الأخطاء هم بالفعل أكثر عرضة للخطأ، أو عديمو الخبرة، أو ضعيفو الدافعية أو لم يتلقوا التدريب الكافي. وهذا نادراً ما يكون السبب الحقيقي للمشكلة، سواء في المجال الصحي أو في مجالات الطيران والقيادة العسكرية. فمن السمات المشتركة بين جميع هذه المجالات هي أن أفضل الأشخاص قد يرتكبون في بعض الأحيان أسوأ الأخطاء. لذلك تبرز أهمية فحص العوامل التنظيمية المؤدية لوقوع الأخطاء والحوادث في مجالات الرعاية الصحية. ولتسليط الضوء على العوامل المؤدية للحوادث في المجالات الصحية نورد فيما يلي حالة دراسية تجسد مختلف الظروف والعوامل المسببة للخطر.

دراسة حالة (١):^٥

أدخل صبي يبلغ من العمر ٨ سنوات لإجراء عملية جراحية اختيارية في طبلة الأذن. تم تخدير الصبي وإدراج أنبوب القصبة الهوائية مع سماعة الطبيب الداخلية ومجس درجة الحرارة. لم يقوم طبيب التخدير بالاستماع إلى صدر الطفل بعد إدخال الأنبوب. وكان مجس درجة الحرارة غير متوافق مع جهاز العرض وتعذرت قراءته (حيث قام المستشفى بتغيير الماركة التجارية للأجهزة الطبية المستخدمة في

(5) Helmreich RL, Klinect JR, Wilhelm JA. Models of threat, error, and CRM in flight operations. In: Proceedings of the tenth international symposium on aviation psychology. Columbus: Ohio State University, 1999: 677-682.

اليوم السابق). ومع أن طبيب التخدير طلب جهازاً آخر لكن لم يتم توصيله، كما لم يتم كذلك توصيل سماعة الطبيب. بدأت الجراحة في الثامنة صباحاً، ولوحظ تزايد تركيز ثاني أكسيد الكربون بعد حوالي ٣٠ دقيقة. ومع ذلك لم يوقف طبيب التخدير تسجيل معدلات ثاني أكسيد الكربون والنبض على الرسم البياني الخاص بالمريض. ولاحظت الممرضات تمايل رأس طبيب التخدير الجالس في كرسيه بسبب النعاس، لكن لم يتحدثن إليه لأنهن «كن خائفات من المواجهة». سمع الجراح حوالي الساعة العاشرة صوت الفرغرة وأدرك أن أنبوب مجرى الهواء قد انقطع. تم إبلاغ المشكلة لطبيب التخدير الذي أعاد توصيل الأنبوب. إلا أنه لم يتحقق من أصوات التنفس باستخدام السماعة. في العاشرة والنصف كان المريض يتنفس بسرعة كبيرة بحيث لم يتمكن الجراح من العمل، وأبلغ طبيب التخدير أن معدل التنفس بلغ ٦٠ في الدقيقة. ولم يفعل طبيب التخدير شيئاً بعد أن تم تنبيهه للمشكلة. في العاشرة وخمس وأربعين دقيقة تبين على الشاشة أن نبض المريض غير طبيعي ولاحظ طبيب التخدير بعد قليل شدة اضطراب ضربات القلب، وطلب من الجراح التوقف وأعطى المريض جرعة من عقار lignocaine، ولكن حالته ساءت وتوقف القلب في الساعة الحادية عشرة، طلب طبيب التخدير استدعاء فريق الطوارئ. وبعد إزالة أنبوب القصبة الهوائية وجد أنه مسدود بنسبة ٥٠٪ بالمكونات المخاطية، وبالتالي تم إدخال أنبوب جديد، ولكن طبيب التخدير التابع لفريق الطوارئ لاحظ أن سخان الهواء تسبب في ذوبان البلاستيك الموجود في أنابيب التنفس. وبلغت درجة حرارة المريض ١٠٨°. وعلى الرغم من الجهود التي بذلها فريق الطوارئ توفي المريض.

للوهلة الأولى يبدو أن الحالة تمثل -بكل بساطة ووضوح- الإهمال الجسيم لطبيب التخدير خلال العملية الجراحية، والذي أدى إلى وفاة صبي يبلغ من العمر ٨ سنوات بسبب عدم ربط أجهزة الاستشعار وعدم مراقبة حالته. وعندما تم تحليل الأسباب اتضح ارتكاب تسعة أخطاء متتالية، بما في ذلك تهاون الممرضات في الاعتراض والتنبيه عندما لاحظن أن طبيب التخدير يغفو في كرسيه. كما أخطأ الجراح لأنه واصل العمل حتى بعد عجز طبيب التخدير عن منع حالة الصبي من التدهور. الأهم من ذلك أنه تم الكشف عن التهديدات التنظيمية والمهنية الكامنة، بما في ذلك عدم الاهتمام باتخاذ إجراء حيال التقارير السابقة حول سلوك طبيب التخدير، وعدم وجود سياسة لمراقبة المرضى، والضغط لمواصلة وإنجاز العمل حتى في حال إنهاك العاملين، وتسامح الزملاء وتهاونهم حيال سوء السلوك المهني لزملائهم.

أهم الأخطاء التي تسببت في الوفاة:

طبيب التخدير:

- قرار: بدء التخدير بدون شاشة رصد درجات الحرارة.
- إجراء: عدم الاستماع بالسماعة بعد الإدراج الأولي لأنبوب التنفس.
- قرار: عدم ربط سماعة الطبيب الداخلية.

المرمضة:

- قرار عدم إيقاظ طبيب التخدير.

طبيب التخدير:

- انتهاك/مخالفة: عدم التسجيل في سجل التخدير.
- إجراء: عدم البقاء متيقظاً ومراقبة المريض وعدم الانتباه لانقطاع الأنبوب.
- إجراء: الفشل في التحقق من إعادة وصل الأنبوب.
- قرار: عدم التحرك على وجه السرعة لرفع معدل التنفس.

الجراح:

- قرار: عدم التصرف حيال عدم تجاوب طبيب التخدير

دراسة حالة (٢):^٦

تلقى طفل مريض بالسرطان الرعاية في مستشفى عام في إحدى المقاطعات في بريطانيا، وكان يخرج بشكل دوري لتلقي جرعات العلاج الكيميائي تحت التخدير العام في مركز متخصص خارج المستشفى. يتطلب الإجراء العلاجي أن يصوم المريض لمدة ٦ ساعات قبل التخدير، إلا أن هذه المعلومة لم تصل للمستشفى، وبالتالي لم تلتزم بها الممرضة المشرفة على حالة المريض فسمحت له بتناول الطعام والشراب قبل مغادرة المستشفى ليتوجه للمركز. في المركز المتخصص لم يتوفر سرير في جناح الأورام، وتم إدخال الطفل في جناح خارجي يضم حالات مرضية من تخصصات متنوعة.

(6) Department of Health Expert Group, 2000.

وإذ فُقدت سجلات المريض ولم تقدم للموظفين المسؤولين عند وقت دخوله للجناح لم تتوفر معلومات كافية عن حالته. تتطلب خطة العلاج أن يتلقى المريض عقار (Vincristine) عن طريق الوريد من قبل ممرضة متخصصة في مجال رعاية مرضى السرطان، وكذلك عقار (Methotrexate) عن طريق الحقن في النخاع الشوكي من قبل طبيب أخصائي في غرفة العمليات. ونظراً لأن الجناح غير متخصص في الأورام لم توجد به ممرضة متخصصة للقيام بالمهمة، وبالتالي قامت موظفة من قسم التدبير المنزلي بتوصيل العقارين معاً على الرغم من أن هذه الأدوية محكومة بسياسة صارمة تتطلب بقاءهما منفصلين طوال الوقت. وطلبت هذه الموظفة من العاملين في الجناح الخارجي نقل الدواءين مع المريض إلى غرفة العمليات.

تم أخذ تفويض المريض على تلقي حقن في النخاع الشوكي من عقار (Methotrexate)، ولكن لم يتم الحصول على التفويض بالعقار الآخر. وفي السجلات الطبية استخدم طبيب حديث الخبرة اختصارات للدلالة على حقن بالوريد (IV) وحقن في النخاع الشوكي (IT) بدلاً من استخدام الكلمات الكاملة بالأحرف الكبيرة كما هو مفترض. عندما تم اكتشاف أن المريض لم يلتزم بالصيام عن الطعام والشراب، تم تأجيل عملية إعطاء العلاج الكيميائي من الصباح إلى بعد الظهر، إلا أن الطبيب المكلف بإجراء الحقن في النخاع الشوكي لعقار (Methotrexate) كان قد طلب أن يتفرغ في فترة ما بعد الظهر، وافترض تلقائياً أن طبيباً آخر سيتولى إعطاء المريض العلاج. وخلافاً للإجراءات المعتادة لتبادل المرضى وإنهاء ورديات العمل لم يلتق الطبيبان وجهاً لوجه لتبادل المعلومات ونقل المسؤولية عن المريض.

تم نقل المريض لجناح العمليات واستدعاء أخصائي علاج الأورام، إلا أنه لم يتمكن من مغادرة الجناح الذي كان يعمل فيه، فطلب من طبيب التخدير إتمام المهمة قائلاً إنها مسألة روتينية واضحة. لم يكن هذا الطبيب يدرك أنه قد تم توصيل العقارين لجناح العمليات، وبالرغم من أن طبيب التخدير يمتلك خبرة جيدة في الحقن في النخاع الشوكي؛ إلا أنه لا يملك أي خبرة فيما يتعلق بالعلاجات الكيماوية، وبالتالي قام بعكس الدواءين فحقن (Methotrexate) في الوريد وحقن (Vincristine) في النخاع الشوكي، وهذا أمر قاتل، إذ توفي المريض بعدها بخمسة أيام.

وفي الجدول التالي تم تحليل هذه الحالة وتحديد مواطن الخلل وفق تسلسل الأحداث المؤسفة المتتالية. وكما يتضح من هذه الحالة، فإن مثل هذه الإخفاقات الصغيرة المتراكمة قد تحدث في أي منظمة صحية وقد يترتب عليها أضرار كبيرة بدرجة كارثية.

التسلسل الزمني لحادث في مجال الرعاية الصحية: وفاة مريض بسبب خطأ في إجراءات إعطاء عقار مضاد للسرطان^٧:

تسلسل الأحداث	أوجه الفشل
خرج طفل مريض بالسرطان من مستشفى عام في بريطانيا لتلقي العلاج الكيميائي تحت التخدير العام في مركز متخصص. وكان ينبغي أن يصوم لمدة ٦ ساعات قبل التخدير، ولكن سمح له بتناول الطعام والشراب قبل مغادرة المستشفى ليتوجه للمركز.	عدم الصوم؛ بسبب قصور عملية تبادل المعلومات بين المركز المتخصص والمستشفى.
لم يتوفر سرير في جناح السرطان، فتم وضعه في جناح خارجي به حالات من تخصصات متنوعة.	<ul style="list-style-type: none"> نقص الموارد والتجهيزات (عدم وجود أسرة للعلاجات التخصصية). وضع المريض في مكان يفتقر إلى الخبرة المتخصصة في مجال السرطان.
فقدت سجلات المريض ولم تقدم للموظفين المسؤولين وقت دخوله للجناح.	فقدان معلومات المريض.
كان يفترض أن يتلقى المريض عقار (vincristine) عن طريق الوريد من قبل ممرضة متخصصة في مجال رعاية مرضى السرطان، وكذلك عقار (methotrexate) عن طريق الحقن في النخاع الشوكي. من قبل طبيب أخصائي في غرفة العمليات، إلا أن الجناح لم توجد به ممرضة متخصصة.	<ul style="list-style-type: none"> مشكلة اتصالات وتبادل المعلومات بين قسم الأورام والجناح الخارجي. نقص الإمكانيات وعدم وجود سياسة واضحة للتعامل مع تزايد الضغط على الجناح الخارجي وعدم توفر متخصصين.
تم توصيل المقارين من قبل موظفة من قسم التدبير المنزلي، وكان من المفترض أن يبقى الدواء منفصلين طوال الوقت.	<ul style="list-style-type: none"> خطأ في توصيل الدواء نتيجة لعدم الالتزام بسياسات المستشفى والتي تقضي بعزل هذين الدواءين تلافياً لوقوع أخطاء. مشكلة في التواصل إذ إن العاملين في الجناح الخارجي لا يعرفون عن هذه السياسة.

(7) (Department of Health Expert Group, 2000).

المدخل النظرية لتفسير حوادث الرعاية الصحية

<ul style="list-style-type: none"> • خطأ في التواصل إذ تم توصيل معلومة خاطئة. • خطأ في أسلوب توصيل الدواء وذلك بالسماح لموظفين غير متخصصين بنقل الأدوية. 	<p>أبلغت موظفة التدبير المنزلي التي أوصلت العقارين العاملين في الجناح الخارجي أن الدواءين ينبغي أن ينقلا مع المريض إلى غرفة العمليات.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • خطأ في أسلوب الحصول على تفويض المريض بالسماح لطبيب حديث الخبرة بطلب تفويض المريض. • خطأ في التفويض. 	<p>تم أخذ تفويض المريض على تلقي حقن في النخاع الشوكي من عقار (methotrexate)، ولكن لم يتم الحصول على التفويض بالعقار الآخر.</p>
<p>أسلوب خطأ في كتابة الوصفة الدوائية.</p>	<p>قام طبيب حديث الخبرة باستخدام اختصارات للدلالة على حقن بالوريد (IV) وحقنة في النخاع الشوكي (IT) بدلا من استخدام الكلمات الكاملة بالأحرف الكبيرة كما هو مقترح.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • فشل في التواصل، قصور في أسلوب نقل مسؤولية المريض من شخص لآخر. • خلل في تفويض المسؤولية. 	<p>عندما تم اكتشاف أن المريض لم يصمم، تم تأجيل عملية إعطاء العلاج الكيميائي من الصباح إلى بعد الظهر، إلا أن الطبيب المكلف بإجراء الحقن في النخاع الشوكي لعقار (methotrexate)، كان قد طلب أن يفرغ في فترة ما بعد الظهر، وافترض تلقائيا أن طبيباً آخر سيتولى إعطاء المريض العلاج. وبالتالي لم يلتق الطبيب وجهاً لوجه لتبادل المعلومات ولنقل المسؤولية عن المريض كما هو مفروض.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • قصور في البروتوكولات العلاجية المنظمة للتعامل مع الأدوية ذات السمية العالية. • تعارض في مصالح الأقسام العلاجية مما منع طبيب الأورام من الحضور لقسم الجراحة، بسبب كثرة الأعباء، إذ لا يمكن لطبيب أن يكون في مكانين في آن واحد. • خطأ في الإدراك والوعي بمتطلبات الحالة (Situational Awareness). • خطأ في التفويض ونقص في التدريب، وسوء تصرف بالسماح لشخص غير متخصص في مجال الأورام بإعطاء العلاج الكيماوي. • خطأ في إعطاء الدواء. 	<p>تم نقل المريض لجناح العمليات واستدعاء أخصائي علاج الأورام، إلا أنه لم يتمكن من مغادرة الجناح الذي كان يعمل فيه، فطلب من طبيب التخدير إتمام المهمة قائلاً إنها مسألة روتينية واضحة. لم يكن هذا الطبيب يدرك أنه قد تم توصيل العقارين لجناح العمليات، وبالرغم من أن طبيب التخدير يمتلك خبرة جيدة في الحقن في النخاع الشوكي، إلا أنه لا يملك أي خبرة فيما يتعلق بالعلاجات الكيماوية وبالتالي قام بعكس الدوائين فحقن (methotrexate) في الوريد وحقن (vincristine) في النخاع الشوكي، وهذا أمر قاتل، إذ توفي المريض خلال خمسة أيام.</p>

خاتمة:

تم في هذا الفصل استعراض عدد من النماذج النظرية المعنية بالسلامة من الحوادث التنظيمية في المجال الصحي، يطرح معظمها تصوراً شمولياً للعوامل المسببة للحوادث في منظومة الرعاية الصحية، ولا يحصرها فقط في الإخفاقات الفردية لمقدمي الرعاية. أبرز هذه النماذج هو نموذج جيمس ريسون «نموذج مسببات الحوادث التنظيمية» والذي يصنف مسببات الحوادث إلى فئتين «كامنة» و«نشطة»، حيث يؤدي توافق المسببات الكامنة والنشطة إلى وقوع الحوادث. وبناء على هذا النموذج فقد تم تطوير نموذج «التهديد والتعامل مع الخطأ» والذي يصنف الأسباب المؤدية لوقوع الحوادث في المجالات الصحية بالاستفادة من جميع النظريات السابقة ويربط بينها وبين أسلوب التعامل مع هذه الحوادث والدفاعات الموضوعية للوقاية من الضرر. ويصنف نموذج «العوامل المسببة للأحداث الضائرة» عدداً من المستويات من العوامل المسببة للأحداث الضائرة، أخذاً في الاعتبار درجة التعقيد في الرعاية الصحية وتعدد العوامل المؤثرة فيها وتأثير بيئة الرعاية على وقوع الأخطاء والحوادث.

تسهم هذه النماذج النظرية مجتمعة في إيجاد فهم أعمق لمسببات الحوادث التنظيمية بشكل عام، والحوادث في مجال الرعاية الصحية على وجه التحديد. ونذكر من خلال مراجعة هذه النماذج أن مجال الرعاية الصحية لا يختلف عن غيره من المجالات من حيث وجود عوامل مختلفة منها ما يرتبط بالفرد ومنها ما يرتبط بالمنظمة، وبيئة العمل تؤثر بشكل مباشر وغير مباشر في وقوع الحوادث التنظيمية. إلا أن هذه النماذج جميعها تتجاوز المنظور التقليدي للحوادث والأخطاء في مجال الرعاية الصحية والذي يركز على دور مقدمي الرعاية إلى التأثير الأهم والأوسع للعوامل التنظيمية والإدارية والتقنية والثقافية والتي تهيئ المجال لارتكاب الأخطاء. تنظر هذه النماذج إلى المسؤولية عن الأخطاء والحوادث بصفته مسؤولية تنظيمية تحتم على المنظمات الصحية تبني الوسائل والآليات التي تعزز دفاعاتها التنظيمية وبالتالي ترتقي بسلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية.

الفصل الخامس

بناء نظام سلامة الرعاية الصحية

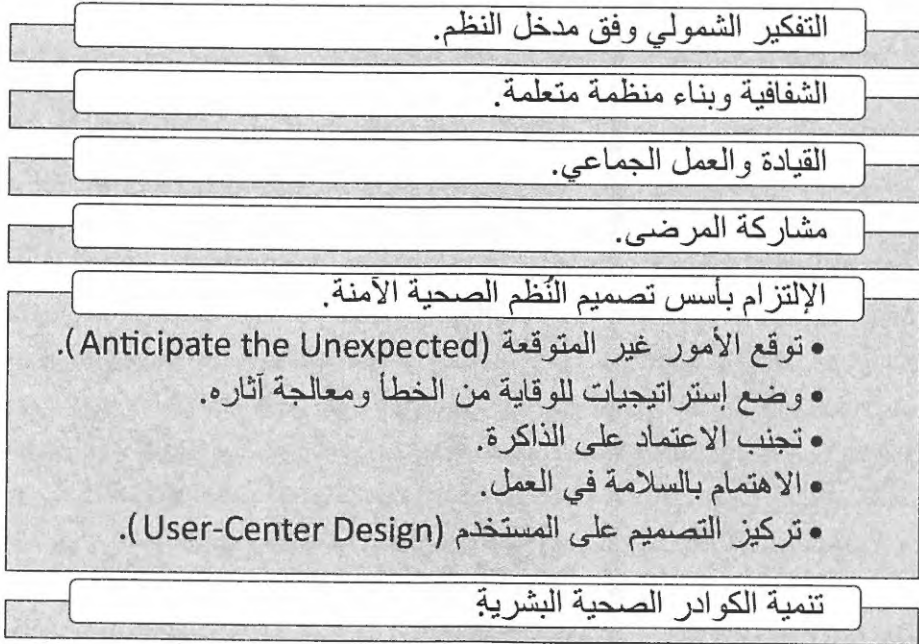
أدت حركة تطبيق أسس السلامة ومبادئ الجودة في المنظمات الصحية إلى تطور الأطر النظرية والتطبيقية للجودة وسلامة المرضى بشكل متسارع. ومع التحول الذي شهدته علوم الجودة والسلامة من مفاهيم تأكيد الجودة وما تلى ذلك من اهتمام بمفهوم إدارة الجودة الكلية والتحسين المستمر، اتجهت الأنظار نحو منهجيات السلامة المستمدة من القطاعات التي حققت سجلاً عالياً للأداء الآمن مقارنة بالقطاع الصحي كالقطاعات الصناعية والطيران وغيرها. ومع إعلان منظمة الصحة العالمية بأن سلامة المرضى تمثل مصدراً للقلق في مختلف دول العالم، وأن أخطاء الرعاية الصحية تطال واحداً من كل عشرة مرضى، سعت المنظمات المعنية بجودة الرعاية الصحية إلى نقل تلك التجارب الناجحة إلى القطاع الصحي. ولعل أهم المحاور لهذا التوجه هو مفهوم حتمية الخطأ البشري وتعقيد منظومة الرعاية الصحية الحديثة، وضرورة تأسيس ثقافة تنظيمية مفتوحة حيال الأخطاء ومسبباتها. وبناء على نظرية العامل البشري وغيرها من النظريات المطبقة في المنظمات ذات الموثوقية العالية (High Reliability Organizations)، فإن محور سلامة المرضى -كحقل جديد إلى حد ما- هو تطوير منظومة العمل وإجراءاته بحيث يتم منع وقوع الأخطاء والحوادث عوضاً عن التركيز على جعل مقدمي الرعاية محصنين ضد ارتكاب الأخطاء (Error-Proof). فالتركيز على مقدمي الرعاية الصحية كأهم مسببات الأحداث الضائرة يغيب المسببات المهمة لهذه الأحداث ويعيق التعلم الفعال منها. وبطبيعة الحال فإن هذا لا يعني إعفاء الأفراد من مسؤولياتهم، وألا يتم اتخاذ إجراءات تأديبية، بل على العكس فذلك ضروري جداً في بعض الحالات والتي تتطلب على قصور أو إهمال جسيم. لكن تظل القاعدة أن تحسين منظومة العمل سيسهم بشكل كبير في الحد من الخطأ البشري. فعلى سبيل المثال؛ تحدث هفوات أثناء تقديم الرعاية الروتينية قد تؤدي إلى أضرار جسيمة، كالخطأ في اسم المريض نتيجة لتشابه الأسماء، مما قد يؤدي إلى إعطائه دواءً غير مناسب أو إجراء تدخل جراحي خطأ. وللمحد من هذا النمط من الأخطاء يمكن إدراج خطوات وقائية ضمن بروتوكول

الرعاية كسؤال المريض عن اسمه الكامل قبل تقديم العلاج، أو وضع علامة على موقع الجراحة قبل التخدير. من جانب آخر، ومع تزايد تعقيد الرعاية الصحية والاعتماد المتزايد على التقنية تركز سلامة المرضى بشكل خاص على الأخطاء والحوادث المرتبطة بتواصل البشر والأجهزة أو الآلات (Human-Machine Interface). ومن الأمثلة على ذلك في مجال التخدير: الخطأ في توصيل الأوكسجين نتيجة لتشابه وصلات الغازات المختلفة، مما يؤدي إلى استبدال غاز بآخر ومن ثم وفاة المريض لا سمح الله أو دخوله في غيبوبة. وللمحد من هذا النمط من الأخطاء يتم تمييز الوصلات بشكل واضح حتى لا يتم الخلط بينها، وخاصة في الأوضاع المتوترة في غرف العمليات. كل هذه الأمثلة ليست سوى أمثلة عملية على الجهود التي تتبناها المنظمات الصحية لتعزيز سلامة المرضى بالاستفادة من الأخطاء والتعلم منها، وتعديل منظومة الإجراءات لتمكن البشر من أداء عملهم بإتقان. ولا يمكن بطبيعة الحال تحقيق نجاحات تذكر على صعيد السلامة إلا بتبني رؤية واضحة وتأسيس آليات تنظيمية لتعزيز السلامة. لذلك تعمل المنظمات الصحية الرائدة لبناء نظام متكامل لسلامة الرعاية الصحية يهدف إلى ترسيخ السلامة كمفهوم وممارسة تنظيمية ثابتة.

وعلى الرغم من الاهتمام المتزايد بسلامة المرضى وتركيز المنظمات الرائدة في مجال جودة الرعاية الصحية (كالهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية ومعهد تحسين الرعاية الصحية وغيرها) على هذا المفهوم -كمحور لجهود التحسين- لا يمكن القول بأن هناك نظرية متكاملة لسلامة الرعاية الصحية. ومع ذلك هناك إجماع عام بين المفكرين في هذا المجال على أهم الأسس والمبادئ التي تمثل منظومة السلامة في المنظمات الصحية والتي تدفع وتوجه وتنظم الجهود الداعية لتعزيز سلامة المرضى والوقاية من الأحداث الضائرة والأخطاء الطبية.

ويتناول هذا الفصل أهم المبادئ التي ينبغي أن تتبناها المنظمات الصحية بهدف تأسيس السلامة كتوجه إستراتيجي وعمل مؤسسي جاد يركز على ثقافة تنظيمية راسخة تضع سلامة المريض والحد من الأخطاء والأحداث الضائرة في مقدمة أولوياتها. ويوضح الشكل رقم (٤-١) أسس تطبيق السلامة في المنظمات الصحية ومن أهمها: التفكير الشمولي وفق منظور النظم، وترسيخ الشفافية، والبيئة المتعلمة، ومشاركة المرضى، والقيادة، والعمل الجماعي، وتصميم أنظمة قائمة على السلامة.

الشكل رقم (١-٥): أسس تطبيق السلامة في المنظمات الصأية



التفكير الشمولي وفق منظور النظم:

يتطلب تطبيق السلامة تبني فكر تحليلي كلي يتناول القضايا والمشاكل والأخطاء والحوادث من خلال تفهم إطارها الكلي، ومن ثم تحليلها وتجزئتها إلى أجزاء لها دلالاتها ضمن إدراك كلي لدرجة الاعتمادية المتبادلة ولشبكة العلاقات التي تربط هذه الأجزاء. وينطلق التفكير وفق منظور النظم من البناء المفاهيمي المعتمد على أطر إدراكية تسهل عملية اتخاذ القرار بتصنيف المتغيرات وتوضيح العلاقات بين المكونات المختلفة للنظام (Schryve, 2005). كما ينطلق التناول النظمي من مفهومي الانفتاح والتفاعل بين مكونات النظام وبيئته الخارجية ومع النظم الأخرى في هذه البيئة. وعلى الصعيد الإنساني يؤكد منظور النظم على العلاقات المتبادلة بين الأفراد، فمع أن الناس يتصرفون بشكل فردي إلا أن سلوكهم يكون في كثير من الحالات انعكاساً لما يحدث في المجموعة أو منظومة العمل، كذلك فإن الآثار والنتائج المترتبة على الأعمال واسعة ولا ترتبط فقط بالأفراد أو الجماعات وإنما ترتبط بمنظومة العمل ككل (Reason, 1990).

ويعد الكثير من جوانب نشاط منظمات الرعاية الصحية نظاماً معقدة للغاية، ومن ذلك غرف العمليات والرعاية المركزة والطوارئ والتخدير. ويتجلى التعقيد ليس فقط في المريض وحالته الصحية، بل أيضاً في تطور الأجهزة المستخدمة، وحجم المعلومات التي يتم التعامل معها، وطبيعة الاتصال والتنسيق بين الفريق والعمل المشترك، والاستعجال الشديد وعدم اليقين الذي يشوب -في أحيان كثيرة- عملية اتخاذ قرارات الرعاية الصحية (IOM, 2001). ويجعل هذا التعقيد -إلى جانب أعباء العمل، والتعب، والضغط لزيادة الإنتاجية- العمل في العديد من مجالات الرعاية الصحية عرضة للأخطاء وللأحداث السلبية (Vincent, Moorthy, Sarker, et. al. 2004). يؤكد مدخل النظم أهمية دراسة جميع جوانب النظام الذي تتألف منه منظومة الرعاية الصحية، بما في ذلك تصميم المعدات واستخدامها، والاتصالات، والتنسيق داخل الفريق، والعوامل التي تؤثر على الأداء الفردي، وبيئة العمل. ومن خلال هذا المنظور الشمولي يمكن تخفيض الأخطاء بإعادة تصميم النظم والعمليات، بما في ذلك توحيد الإجراءات وتبسيطها ووضع القيود التي تجعل من المستحيل ارتكاب خطأ. ومنذ أن بدأت المنظمات الصحية بمحاولة تطبيق مفاهيم السلامة المستخدمة في المجالات الهندسية تزايد الاهتمام باعتبارها منظومة متكاملة تخضع للتغيرات في مختلف جوانبها والتي لا تقتصر على الأدوات والتقنيات، بل يتصل البعض الآخر منها بالمنظمات والأشخاص والثقافة التنظيمية (IOM, 2001).

وقد يتساءل البعض عن الموقع الأساسي لسلامة المرضى في منظومة الرعاية الصحية، بمعنى أين تتمحور جهود السلامة والاهتمام بها ونتائجها والعوامل المؤثرة فيها، والإجابة هي أن ذلك يكون في النظام الجزئي الصغير (Micro-system) أي البيئة المباشرة للرعاية الصحية، كغرف العمليات، وأقسام الطوارئ، وغيرها، حيث تحدث التفاعلات المباشرة بين المريض ومقدمي الرعاية، وحيث يتجلى الفشل ويبرز إلى السطح، وحيث يتضرر المرضى، وحيث توجد آخر فرصة لمنع وقوع الضرر أو احتواء آثاره (Reason, 1997).

ومع أهمية البيئة المباشرة للرعاية لتحقيق سلامة المرضى، إلا أن انتهاكات السلامة يمكن أن تقع في أي من المكونات العديدة لمنظومة الرعاية الصحية بما في ذلك تلك التي ليست على اتصال مباشر مع المرضى، ولكنها تؤثر في مقدمي الرعاية الذين يتعاملون مع المرضى مباشرة. وبالتالي فإن أولئك الذين يضعون السياسات ويديرون مؤسسات الرعاية الصحية، ويقومون بتصميم الأجهزة الطبية، وغير ذلك

من العوامل التي على الرغم من كونها بعيدة من حيث الزمان والمكان عن نقطة تقديم الرعاية المباشرة للمريض، إلا أنها تؤثر على كيفية تقديم الرعاية (IOM, 2001). هذه العوامل غير المباشرة على درجة لا تقل أهمية من حيث تأثيرها على سلامة المريض من العوامل المباشرة بما في ذلك مقدمي الرعاية. وإذ تنتج الأحداث السلبية عن خصائص التفاعل بين عناصر النظام فإن سلامة المريض هي أولاً وأخيراً مسألة متعلقة بالمنظومة الصحية ككل. ومع ذلك فإن مسرح الحدث حيث يتلقى المريض الرعاية الصحية، أي النظام الجزئي الصغير (Micro-system) هو المرآة التي تعكس نجاح أو فشل جهود السلامة في جميع جوانب النظام.

وعليه، يتضح أن سلامة المرضى هي خاصية لمنظومة الرعاية الصحية بأكملها، مع إدراك أن من الصعب التنبؤ بطبيعة النظام الجزئي، إذ إن كل نظام جزئي هو بطبيعة الحال نظام مفتوح، أي يتأثر بالنظم الجزئية الأخرى في منظومة الرعاية الصحية. ولا شك أن إدراك أن النظام الجزئي هو انعكاس لعوامل النظام الكلي يليه إدراك أن الفشل المتمثل في وقوع الأخطاء والحوادث هو انعكاس لعوامل على مستوى المنظومة الأكبر وتأثيرها على النظام الجزئي.

الشفافية وبناء بيئة متعلمة:

يتطلب العمل في الأنظمة المعقدة كنظم الرعاية الصحية تغيير الثقافة التنظيمية وبناء بيئة متعلمة تتنظر للأخطاء كفرص للتعليم والتحسين المستمر. فالقناعة بأن الأحداث السلبية يمكن أن تسفر عن معلومات مفيدة هي مسألة مفصلية في علوم السلامة وتكتسب أهمية كبيرة نظراً لأن تبادل المعلومات حول الأخطاء أمر ضروري لتحقيق نتائج فعالة وعاجلة (Nelson, Batalden, Huber, et al, 2002). وتعتمد سلامة المرضى على التعلم المفتوح، وتتنظر للأخطاء والأحداث المؤسفة بوصفها المصدر الرئيسي للفهم والتعلم. وهذا بطبيعة الحال يعتمد على ثقافة الانفتاح على جميع وجهات النظر والتعامل مع المتورطين في الأحداث السلبية على أنهم شركاء في التعلم (IOM, 2001). وكلما تم تبادل المزيد من المعلومات ذات الصلة بالخطأ كلما أمكن تطبيق أفضل الدروس المستفادة على مستوى القطاعات الصحية.

ولا تسعى البيئة المتعلمة للإصلاح من خلال توجيه اللوم، ولكنها تسعى لتبني منهجية فاعلة للتواصل المفتوح حول سبل معالجة المشكلات. كما تعزز المنظمات المتعلمة التبادل الحر للمعلومات بغض النظر عن التسلسل الهرمي والحواجز التنظيمية

لضمان استعداد جميع العاملين للتواصل براحة تامة حيال القضايا المثيرة للقلق حول سلامة المرضى. ويتعين على القيادات الصحية أن تلعب دوراً رئيسياً لضمان وضوح توجهات السلامة وتأكيد الالتزام بها، وتأسيس بيئة غير عقابية لتشجيع التبليغ عن الأخطاء، وإدماج مبادئ السلامة في الممارسة اليومية في هذه المنظمات.

ويقتضي تعزيز سلامة المرضى أن تتحرك المنظمات الصحية خارج نطاق ثقافة اللوم التقليدية بهدف إشاعة الثقة في أن سلامة المرضى هي الغاية الأساسية لجهودهم، وأن تسعى للتوصل لفهم أعمق لآليات وقوع الأخطاء التي غالباً ما تكون خارجة عن السيطرة المباشرة لمقدمي الرعاية. وتجدر الإشارة إلى أهمية الابتعاد عن تقاليد السيطرة المهنية (Professional Dominance) التي تعزز السرية وتغذي ثقافة الصمت، وتسهم في حماية الممارسين من المساءلة اعتباراً لمكانتهم المهنية أو الاجتماعية. كما ينبغي نبذ المواقف الدفاعية التقليدية والتي تدفع بعض الأطباء وقادة منظمات الرعاية الصحية إلى عدم الاعتراف بالخطأ، وعدم قبول المسؤولية، ومقاومة المطالبات بالتعويض سواء كانت مبررة أم لم تكن كذلك. ولذلك فإن من أهم مقومات بناء نظام سلامة الرعاية الصحية هو تأسيس عملية مستمرة من التعلم والإبلاغ عن الأحداث الضارة أو الوشيك، ونشر الدروس المستفادة منها. وهذا يتطلب أن تولي المنظمات الصحية أهمية كبيرة للمساءلة التنظيمية والشخصية، وأن تتجاوز اللوم بجميع أبعاده التنظيمية والشخصية، وأن تركز على المحافظة على المسؤولية والنزاهة في التعامل مع المرضى وعائلاتهم عند تعرضهم للأحداث الضائرة. ولأهمية تأسيس بيئة متعلمة سيتم في فصل قادم مناقشة عناصر ومقومات التعلم التنظيمي في المنظمات الصحية ودوره في ترسيخ ودعم سلامة المرضى.

القيادة والعمل الجماعي؛

تلعب قيادات الرعاية الصحية دوراً مهماً في تعزيز سلامة المرضى كهدف مؤسسي ذي أولوية إستراتيجية، وتسعى لجعلها مسؤولية مشتركة من قبل الجميع من خلال تأسيس ثقافة السلامة وتحديد الأهداف وتوزيع المسؤوليات. ويعد التزام كبار المديرين والقادة في مؤسسات الرعاية الصحية أمراً ضرورياً لتحريك جهود الجودة والسلامة وتعزيز العمل الجماعي، لكن لا ينحصر الدور القيادي في الإدارة العليا بل يمتد ليشمل القيادات في مختلف المستويات التنظيمية والتخصصات الفنية لكي تتخطى ثقافة السلامة الحدود والحواجز التقليدية داخل منظمات الرعاية الصحية (IOM, 2001).

ويأخذ الدور القيادي في الاعتبار أن العمل في جميع مجالات الرعاية الصحية يتم من خلال فرق متعددة التخصصات، سواءً في الممارسة السريرية، أو في غرف العمليات، وأقسام الطوارئ، أو وحدات العناية المركزة، أو عيادات الرعاية الأولية. لذلك يعد تعزيز العمل الجماعي الفعال ورعايته من قبل قيادة المنظمة عنصراً أساسياً من عناصر منظومة الجودة والسلامة. ومن أهم سمات فرق العمل الفاعلة أن أعضائها يضعون ثقتهم في بعضهم البعض، وفي قدراتهم على الأداء، وفي حكمهم على الأمور، ويولون اهتماماً صادقاً بمخاوف بعضهم المتعلقة بالسلامة نظراً لوجود مناخ مفتوح للتعبير عن الرأي. لذلك يؤكد المختصون أهمية تدريب العاملين في المستشفيات على مهارات العمل الجماعي لما في ذلك من انعكاسات إيجابية على سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية. ولأهمية الدور الذي تلعبه القيادات الصحية -في تأسيس ودعم جهود السلامة وتعزيز روح الفريق والعمل الجماعي وبناء ثقافة السلامة- سيتم في فصول قادمة تناول هذا الموضوع بشيء من التفصيل.

مشاركة المرضى:

يتمحور النموذج التقليدي للرعاية الصحية حول مقدمي الرعاية، أو بالأحرى الطبيب، ويركز على المرض، ويهتم بالجوانب المهنية والتنظيمية، متجاهلاً المريض كمحور ينبغي أن تدور حوله جميع جوانب منظومة الرعاية الصحية. ويتردد المرضى غالباً في المشاركة بإبداء الرأي أو حتى التساؤل أحياناً لأنهم يشعرون أن مقدمي الرعاية لا يحبذون ذلك. ولا شك أن من الصعوبة بمكان إقناع مقدمي الرعاية الصحية بتغيير عاداتهم والقبول بمشاركة المرضى والتنازل عن جزء من سلطة اتخاذ القرار لأسباب مختلفة أهمها: أنهم خلال تعليمهم الأكاديمي وتدريبهم لم يتعلموا إشراك المرضى، لذا يترددون في التخلي عن النموذج الأبوي للرعاية، وقد يرون في إشراك المرضى عائقاً لسير الرعاية لأنه يتطلب المزيد من الوقت والجهد (IOM, 2001). لذلك ظل المرضى والمجتمع على مدى عقود طويلة يلعبون دور المراقب السلبي للتغيرات الحاصلة في منظومة الرعاية الصحية، وكانت النتيجة أن غالبية المرضى لا يشاركون مشاركة كاملة في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بهم أو في مساعي تطوير منظومة الرعاية ككل. وكنتيجة طبيعية لتهميش المرضى يبرز ضعف الاتصال بين المرضى ومقدمي الرعاية كسبب أساسي للجوء المرضى لاتخاذ إجراءات قانونية عند تعرضهم لخطأ طبي أو عندما لا تيسر الأمور كما ينبغي. وغالباً ما يشير المرضى وذويهم إلى أنه عندما تسوء الأمور كثيراً ما يقابلهم جدار من الصمت

والإنكار وحتى العداء (IOM, 2001). وفي ظل هذه الأوضاع فإن من المتوقع أن يفقد المريض الثقة في مقدمي الرعاية، وقد يعاني معنوياً بسبب ذلك فوق آلامه الجسدية التي سببها الخطأ الطبي. وكثيراً ما تحبط الفرصة لمعرفة ما حدث فعلاً بسبب محاولات مقدمي الرعاية إخفاء الخطأ، مما يحفز المواجهة العدائية والتي تسبب بدورها خللاً في علاقة الثقة بين مقدمي الرعاية الصحية والمرضى.

وتقتضي سلامة المرضى أن يكون المريض واحتياجاته ومتطلباته الفردية في مركز منظومة الرعاية الصحية وليس في نهاية سلسلة تقديم الخدمات (IOM, 2001). وقد أظهرت الأبحاث أن أخطاء الرعاية الصحية تقل وتتحقق نتائج أفضل عندما يوجد تواصل جيد بين المرضى ومقدمي الرعاية، وعندما تتوفر للمرضى معلومات كاملة حول مشكلاتهم الصحية وكيفية التغلب عليها والتعامل معها. ويلعب المريض دوراً محورياً في تعزيز السلامة بإلمامه بجميع جوانب الرعاية المقدمة له ومحاذيرها، وفهم حالته الصحية بشكل عام، ومن ثم المشاركة في صياغة خطة الرعاية. لذلك فإن من أهم أسس السلامة إشراك المرضى وذويهم ليكونوا جزءاً من منظومة الرعاية وعملية صنع القرارات في مختلف المستويات. وهناك العديد من الوسائل التي تهدف إلى تفعيل مشاركة المرضى في صنع رعاية صحية أكثر أمناً، من أهمها تشجيع المرضى على التواصل المفتوح لأنهم أكثر إلماماً بحالتهم الصحية، ويستطيعون توفير معلومات تساعد على التوصل للشخص الدقيق وتحديد خيارات العلاج الملائمة. ويمكن تشجيع المرضى وذويهم على التعبير عن مخاوفهم المتعلقة بالسلامة، سواء من خلال نظم الإبلاغ الرسمية أو من خلال التحدث مباشرة لمقدمي الرعاية. ويساعد تسليط الضوء على خبرات وتجارب المرضى في تدريب العاملين في الرعاية الصحية وتنمية ثقافة تحترم المرضى وتجعل مشاركتهم الفعالة في اتخاذ قرارات الرعاية هي القاعدة وليس الاستثناء. وتشكل قصص المرضى حول الرعاية غير الآمنة مصدراً مهماً للتعلم، ويمكن استخدامها بشكل فعال في التوصل إلى فهم أفضل لأسباب الخطأ والضرر الذي يمكن أن يترتب عليه (IOM, 2001). ولا بد من أن يولي مقدمو الرعاية قدراً متكافئاً من الاهتمام بالجوانب المهنية وبمعالجة المرضى، أي أن يضعوا مصالح المريض في المقدمة بغض النظر عن خلفياتهم الثقافية والدينية، وأن يحرصوا على طلب موافقتهم على العلاج، وأن يعملوا معهم كشركاء (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999). ومن حق المرضى أن يكون مقدمو الرعاية صادقين معهم عندما تسوء الأمور أو عند تقديم رعاية دون المستوى الأمثل، وأن يعملوا جهدهم لمنع تعرضهم

للخطر أو الأذى. وقد لا يدرك المرضى المخاطر المرتبطة بالرعاية الصحية، لذلك هناك حاجة لزيادة الوعي بمشاركة المرضى على مختلف المستويات، إذ إن مشاركة المرضى يمكن أن تساعد في الحد من المخاطر المحتملة.

تصميم النظم الصحية الآمنة؛

تؤثر العديد من العوامل الداخلية على سلامة ونوعية الرعاية الصحية ومن ذلك السياسات والقرارات الإدارية، والبيئة والثقافة التنظيمية التي إما أن تساعد على منع الأفراد من ارتكاب الأخطاء أو تهيئ الظروف المساعدة لارتكابها. وتعد الجودة والسلامة نتيجة أو محصلة للتفاعلات بين مختلف فئات مقدمي الرعاية والتقنيات التي يستخدمونها، وجميع العناصر والظروف المحيطة بمنظومة الرعاية. لذلك فإن مواجهة التهديدات التي تمثلها المؤثرات المباشرة وغير المباشرة في الجودة والسلامة تحتم الالتزام بأسس تصميم النظم الآمنة. ويجمع خبراء السلامة أن تجارب المنظمات ذات الموثوقية العالية تؤكد ضرورة إعادة تصميم النظم الصحية لتكون أكثر أمناً ومنعاً لارتكاب الأخطاء ووقوع الحوادث. ومن أبرز الأسس المتبعة في تصميم النظم الصحية الآمنة ما يلي: توقع الأمور غير المتوقعة، وضع إستراتيجيات الوقاية من الخطأ والتعامل مع آثاره، وتجنب الاعتماد على الذاكرة، والاهتمام بالسلامة، وتركيز التصميم على المستخدم.

١. توقع الأمور غير المتوقعة؛

من أهم أسس إعادة تصميم نظم الرعاية الآمنة أن يتم توقع الأمور غير المتوقعة واعتماد نهج استباقي لضمان السلامة (Wakefield, 2008). ولتحقيق ذلك لابد من تفعيل نظم المعلومات لتحسين فرص الحصول على معلومات دقيقة في الوقت المناسب، ووضع الإجراءات الكفيلة بإعادة النظام للعمل بشكل طبيعي فوراً حتى بعد وقوع حدث جسيم. وإذ يميل الناس عادة لرؤية ما يتوقعون أن يروونه، فهم لا يتوقعون حدوث الأخطاء والحوادث بدون بذل جهد خاص للانتباه لها وتوقعها. وعلى سبيل المثال، قد تبدو عبوة الدواء متشابهة مع دواء آخر، ومن المحتمل -بسبب أي ظرف- أن يتم الخلط بينهما وتعرض حياة المريض للخطر ما لم يكن الصيدلاني يقظاً ومتنبهاً لهذا الاحتمال. لذلك ينبغي تدريب مقدمي الرعاية على الانتباه للمؤشرات والدلائل التي تبين أن الأمور خرجت أو قد تخرج عن مسارها المتوقع. ومنذ بدأ الاهتمام بالسلامة زاد تطبيق الأنشطة الرامية إلى تنمية قدرة مقدمي الرعاية على توقع الأمور غير

المتوقعة، ومن ذلك على سبيل المثال نشر فرق الاستجابة السريعة في منظمات الرعاية الصحية لمنع وقوع أحداث سلبية خطيرة مثل توقف القلب أو الجهاز التنفسي.

وتزيد احتمالات حدوث الخطأ مع وجود بعض العوامل في بيئة الرعاية، ومن ذلك على سبيل المثال إعادة التنظيم والهيكلية، والتغييرات الإدارية، وغيرها من التغييرات على صعيد المنظمة التي تؤدي إلى تبني أنماط عمل وإجراءات وعمليات جديدة. وبما أن كل ابن آدم خطأ فلا يمكن أن نتوقع أن يظل الأفراد متيقظين وحذرين طوال الوقت، لذلك لا بد من تبني منهج مناسب للحد من الحاجة إلى الاعتماد على اليقظة والحذر بشكل مستمر. وهناك العديد من الإستراتيجيات التي يمكن استخدامها لتجنب الميل الطبيعي لتبسيط تفسير علامات الخطأ ومؤشراته، ومن ذلك (Wakefield, 2008): وضع إجراءات إرشادية حاسمة، استخدام قوائم الفحص (Checklists)، وتقليل المناوبات الطويلة، وتدوير العاملين، واستخدام المعدات المؤتمتة، واستخدام الإشارات التحذيرية مثل الإنذارات البصرية والسمعية.

ومع تزايد الاهتمام بالسلامة تم تصميم بعض التقنيات الحديثة المعتمدة على الحاسوب والتي تحذر من الأخطاء أو الحوادث؛ كنظم إدخال الأوامر الطبية (CPOE) (Computerized Physician Order Entry Systems) لمنع الخطأ. وعلى الرغم من مزايا هذه التقنيات فإن كل تقنية جديدة تؤدي إلى ارتكاب أخطاء جديدة، حتى عندما يكون هدفها الوحيد هو منع الأخطاء. وفي الواقع لا يمكن أن نستبق وقوع الفشل من خلال إضافة طبقة أخرى من الدفاعات ضد الفشل، بل ينبغي أن يتوقع مقدمو الرعاية الصحية أن أي تقنية جديدة ستوجد مصادر جديدة للخطأ. ولذلك ينبغي اعتماد الأتمتة بحذر، والبقاء دائماً في حالة تأهب لاحتمال وقوع ضرر غير مقصود، ويجب اختبار هذه التقنيات مع المستخدمين وتعديلها حسب الحاجة قبل تطبيقها على نطاق واسع.

ويتطلب بناء منظومة السلامة أن يتدرب مقدمو الرعاية على توقع غير المتوقع، وأن يضعوا في حسابهم أن الأمور قد تخرج عن نطاق السيطرة مهما اتخذوا من احتياطات، وأن الاعتماد على التقنية لا يضمن بالضرورة السلامة، وأن عليهم أن يكونوا متأهبين في حال وقوع كوارث أو أخطاء لاتخاذ التدابير اللازمة لاحتواء الآثار السلبية الناجمة عنها (Wakefield, 2008). توقع غير المتوقع يجعل منظومة الرعاية الصحية ببساطة أكثر استعداداً لمواجهة الخطر وأكثر قدرة على منع الضرر.

٢. وضع إستراتيجيات للوقاية من الخطأ ومعالجة آثاره:

تطلق هذه الإستراتيجيات من القناعة بأن الأخطاء ستحدث لا محالة، أو ما يعرف بـ "حتمية الأخطاء". ويتضمن ذلك تصميم خطة للوقاية من الأخطاء ومعالجة آثارها من خلال إجراءات محددة مسبقاً، إما من خلال تكرار المهام الحيوية، أو تسهيل إيقاف تنفيذ العمليات عند وقوع خطأ، أو تصعيب تنفيذ العمليات التي لا يمكن عكس مسارها والتراجع عن تنفيذها، أي العمليات التي تزيد درجة خطورتها ويتعذر تصحيحها في حال وقوع خطأ (Wakefield, 2008). ومن الأمثلة على إستراتيجيات تخفيف الضرر مثلاً الاحتفاظ بترياق جار المفعول للعقاقير ذات الخطورة العالية، ووضعها في متناول العاملين، ووجود إجراءات محددة وواضحة ومعدة جيداً لتوفير الاستجابة السريعة للأحداث السلبية. إستراتيجية أخرى هي استخدام المحاكاة في التدريب، حيث يمارس المدربون عمليات الإنقاذ والتصحيح في ظروف تحاكي الواقع باستخدام النماذج أو الواقع الافتراضي "Virtual Reality". وتعد إستراتيجيات الوقاية من الأخطاء ومعالجة آثارها امتداداً لسياسة "توقع غير المتوقع"، إذ تتحسب للأحداث العكسية وتتخذ ما يلزم من الاحتياطات للإعداد لمواجهةها في حال وقوعها، وتقوم على وضع جميع السيناريوهات الممكنة، والحلول والبدائل لمواجهة كل منها (Wakefield, 2008).

٣. تجنب الاعتماد على الذاكرة:

تتضمن هذه الإستراتيجية تقنين إجراءات العمل وتصميم العمليات بحيث لا تعتمد على التذكر، وذلك من خلال تطبيق بعض المنهجيات الفعالة والتي تهدف إلى توحيد وتبسيط هيكل المهام لتقليل العبء على الذاكرة وعبء التخطيط وحل المشكلات (IOM, 2001). ومن الأساليب المستخدمة لتجنب العمل بطريقة عشوائية والاعتماد على الذاكرة: توحيد الإجراءات والمعدات المستخدمة وتبسيط العمليات والتي نتناولها بشيء من التفصيل فيما يلي.

توحيد الإجراءات والمعدات المستخدمة:

يقلل توحيد الإجراءات والمعدات والتقنيات من الحاجة للاعتماد على الذاكرة، ويسمح للعاملين الجدد الذين لم يعتادوا على عملية معينة أو جهاز جديد بالقيام بالعملية أو استخدام الجهاز بأمان. ومن ذلك على سبيل المثال تمييز العقاقير المتشابهة ذات التركيز المختلف بوضع علامات واضحة متسقة على جميع العقاقير الأعلى تركيزاً (IOM, 2001). ويسهم وضع وتحديث البروتوكولات والقوائم المرجعية

واستخدامها بحكمة في تعزيز السلامة بشكل كبير. وعندما تصبح عمليات الرعاية موحدة (Standardized) يكسب مقدمو الرعاية الصحية مزيداً من الوقت للاهتمام بالاحتياجات الفردية للمرضى. من جانب آخر عندما يتم تصميم الأجهزة الطبية أخذاً في الاعتبار المستخدم النهائي والجوانب المتعلقة بالعامل البشري، وسهولة الاستخدام، وعندما يفهم المستخدمون الطريقة التي تعمل بها هذه الأجهزة، يمكن تعزيز السلامة واكتشاف الخطأ قبل وقوعه وبالتالي منعه.

تبسيط العمليات الرئيسية:

يتضمن تبسيط العمليات تخفيض عدد الخطوات ونقاط التبادل اللازمة لإنجاز العملية، مما يساعد على تقليل المشكلات وتقليص الوقت اللازم للبحث عن الحلول، وبالتالي يقلل كثيراً من احتمال وقوع الخطأ.

٤. الاهتمام بالسلامة في العمل:

تؤثر العوامل المرتبطة ببيئة العمل على السلامة في جميع الصناعات بما في ذلك: ساعات العمل، وعبء العمل، ونسب التوظيف، ومصادر الإلهاء وتشتيت الانتباه، وتغيير المناوبات. لذلك ينبغي أن تهتم المنظمات الصحية بتوفير ظروف عمل مناسبة لمقدمي الرعاية بحيث تكون ساعات العمل والمناوبات وعبء العمل في حدود معقولة وتتناسب مع طاقة وقدرة مقدمي الرعاية. كما ينبغي عدم معالجة نقص الكوادر البشرية من خلال فرض أعباء إضافية على القوى العاملة المثقلة بأعبائها أصلاً. وينعكس الاهتمام بالسلامة في توفير البيئة المادية والمعنوية المريحة للعاملين من الناحية المعنوية والجسدية بما يمكنهم من تقديم أفضل ما لديهم. كما ينبغي الاهتمام بعملية تبديل الورديات وتعاقب مقدمي الرعاية على المرضى بحيث توضح الإجراءات اللازمة لهذا الغرض بما يحقق تبادل المعلومات والمرضى بشكل لا يخل بالسلامة.

٥. تركيز التصميم على المستخدم:

لمعرفة كيفية الحد من الأخطاء ينبغي أولاً تحديد المصادر المحتملة للخطأ والقضاء عليها باستخدام وسائل فعالة. ويقصد بتركيز التصميم على المستخدم مراعاة مواطن القوة والضعف البشري عند تصميم العمليات والتقنيات الطبية. ويتقضي ذلك معرفة الحدود والقيود البشرية في عمليات الرعاية ووضع إستراتيجيات واضحة للحد من تأثير هذه القيود سلباً في بيئة العمل (IOM, 2001). ويتطلب ذلك من العاملين

فهم وتحديد ومعالجة مصادر الخطأ المحتملة، ووضع البروتوكولات والإجراءات التي تساعد على ذلك مثل قوائم الفحص، والأدلة الإجرائية وأن تكون هذه بدورها متاحة وسهلة الاستخدام. كما ينبغي تحديد سبل لتبسيط العمليات، مثل تخفيض عدد مرات تبادل المرضى بين العاملين (handoffs) وتوحيد الإجراءات والأجهزة والجرعات لتقليل احتمالات الخطأ، وأن يتم ذلك بمشاركة جميع العاملين. ومن أهم الإستراتيجيات التي تركز على المستخدم: توضيح الأمور قدر الإمكان بما في ذلك الأساس المفاهيمي لإجراءات العملية، بحيث يمكن للمستخدم تحديد ما هي التدابير أو البدائل التي يمكن اتخاذها في أي لحظة وفي أي مرحلة من مراحل العملية، وكيفية العودة إلى خطوة سابقة، وكيفية تغيير الإعدادات، وماذا يمكن أن يحدث إذا تم تخطي خطوة ما. فكلما فهم مقدم الرعاية الهدف من العملية ومراحلها كلما تمكن من التعامل بمرونة مع حالات الطوارئ أو الحوادث والأخطاء.

كما يتضمن التصميم المرتكز على المستخدم مراعاة حاجة مقدمي الرعاية إلى المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات (التاريخ المرضي، والأدوية، والإستراتيجيات العلاجية الحالية) وتوفيرها في نقطة رعاية المرضى. ومن بين الإجراءات التي تتخذها المنظمات الصحية مراعاة لاحتياجات المستخدمين توفير تقنيات المعلومات في نقاط تقديم الرعاية، لتساعد على توفير المعلومات اللازمة لمقدم الرعاية لاتخاذ قرارات الرعاية بشكل أفضل.

تنمية الكوادر الصحية:

تواجه الأنظمة الصحية في مختلف أنحاء العالم تحدياً كبيراً يتمثل في نقص الكوادر البشرية المؤهلة لمواكبة الاحتياجات الصحية المتزايدة للمواطنين. إلا أن الاهتمام بجودة الرعاية الصحية وسلامتها يبرز الحاجة الماسة لإيجاد كوادر صحية واعية لمتطلبات السلامة وقادرة على تبني تصور جديد لنظم الرعاية الصحية يقوم على أسس السلامة والوقاية من الأخطاء. لذلك فإن من أهم مقومات السلامة والأمان تنمية قدرة القوى العاملة في القطاع الصحي على تطبيق أسس السلامة والوقاية من الأخطاء، ونشر المعارف والمهارات اللازمة لذلك. وإذ تشير الدلائل إلى قصور مناهج وبرامج التعليم الصحي في مختلف فروعها وعدم تضمينها المبادئ الأساسية للجودة والسلامة ومقومات الرعاية الآمنة، فإن من الضرورة بمكان وضع البرامج التدريبية الهادفة إلى نشر المعارف والمهارات اللازمة لذلك. وفي هذا الصدد يشير تقرير شهير

لمعهد الطب الأمريكي في مجال أمن وسلامة الرعاية الصحية صدر بعنوان «التعليم المهني الصحي: جسر إلى الجودة Health Professions Education: A Bridge to Quality» إلى أهم المهارات والمعارف اللازمة لإحداث التحول المطلوب في المهن الصحية المختلفة لتواكب متطلبات الجودة والسلامة. ويدعو هذا التقرير إلى التغيير والإصلاح الجذري لبرامج التعليم الصحي والتي تتجاهل العديد من متطلبات الرعاية الآمنة، وأهمها حقيقة أن العمل الصحي يقوم على العمل الجماعي والعمل في فرق متعددة التخصصات، ومع ذلك يندر أن تتضمن هذه البرامج التدريب على مهارات العمل الجماعي (Greiner, & Knebel, 2003). ويشير التقرير إلى أن المرضى غالباً ما يلاحظون أن مقدمي الرعاية لا يقومون بتنسيق العمل فيما بينهم، ولا يحاولون حتى معرفة ما يقوم به بعضهم البعض، مما يمثل مصدراً للقلق ولا سيما بالنظر إلى الزيادة في عبء الأمراض المزمنة وضرورة التعاون والتنسيق عبر مختلف مستويات الرعاية الصحية وبين مختلف فئات العاملين (Greiner, & Knebel, 2003). من جانب آخر تعاني مناهج وبرامج تعليم العاملين في المجال الصحي من قصور واضح في تأسيس الطلاب في مجال المعلوماتية الصحية على الرغم من تزايد اعتماد الممارسة السريرية على تكنولوجيا المعلومات الصحية، لذلك تشكل الفجوة بين احتياجات سوق العمل في مجال الرعاية الصحية وإعداد المهنيين في البيئات الأكاديمية مشكلة كبيرة، لأن العاملين يمثلون القلب المحرك لنظام الرعاية الصحية، وبالتالي لابد من تأهيلهم لمواكبة متطلبات إعادة التصميم المطلوبة لإجراءات الرعاية بهدف تحسين الجودة والسلامة (Greiner, & Knebel, 2003).

ويحدد التقرير رؤية متقدمة في تعليم المهن الصحية مجموعة من خمس كفاءات (Competencies) لابد من تضمينها لبرامج تأهيل جميع التخصصات الصحية وهي: الرعاية المرتكزة على المريض، والعمل في فرق متعددة التخصصات، وتوظيف الممارسات القائمة على الأدلة والبراهين العلمية، وتطبيق تحسين الجودة، وأخيراً استخدام المعلوماتية. وفيما يلي نناقش هذه الكفاءات بشيء من التفصيل (Greiner, & Knebel, 2003).

الكفاءة الأولى - الرعاية التي تركز على المريض:

إن التحول من النمط التقليدي للرعاية الصحية، والذي يركز على مقدم الرعاية والتركيز على تلقيها واحتياجاته الجسدية والمعنوية، يتطلب تدريب العاملين على أسس الرعاية التي تركز على المريض (Patient Centered Care). ويقوم هذا المفهوم

على إدراك مقدمي الرعاية لحقيقة أنهم يتقاسمون المسؤولية مع المرضى، وأن عليهم تبني الاتصالات المفتوحة مع المريض والتي تتيح حصوله على المعلومات وتمكينه من الفهم الكامل لحالته. ويدعو هذا المفهوم إلى الاهتمام بما يميز كل مريض عن غيره من حيث القيم الثقافية والاحتياجات المادية والمعنوية.

الكفاءة الثانية - العمل في فرق متعددة التخصصات:

حرصاً على تعزيز ونشر ثقافة الجودة والسلامة في المنظمات الصحية لابد من وضع نماذج تعليمية مناسبة لتنمية مهارات العمل الجماعي بين العاملين في مختلف التخصصات الصحية. ولعل من أهم التحديات لتنمية مهارات العمل في فرق متعددة التخصصات وتطويرها كممارسة على أرض الواقع هو عدم وجود لغة مشتركة بين مختلف التخصصات، والأجندات الخاصة، والنزاعات حول نطاق الإشراف والصلاحيات. لذلك لابد أن تعي القيادات الصحية التحديات القائمة على أرض الواقع وأن تتخذ التدابير الداعية لمواجهتها، وتأكيد التزامها بتعزيز روح الفريق، وتنمية القدرة على العمل الجماعي بين العاملين.

الكفاءة الثالثة - توظيف الممارسات القائمة على الأدلة والبراهين العلمية:

يصف المعهد الأمريكي للطب الممارسة المبنية على الأدلة والبراهين العلمية (Evidence Based Medicine) بأنها الاستناد إلى الدلائل العلمية والبراهين المستمدة من البحوث والخبرات السريرية في صنع قرارات رعاية المرضى. وتتطلب الممارسة المبنية على البراهين العلمية توفر عدد من المعارف والمهارات الضرورية ومنها: معرفة كيفية العثور على أفضل مصادر الأدلة والبراهين العلمية، وصياغة الأسئلة السريرية الواضحة، وتحديد متى وكيف يمكن دمج الأساليب الجديدة في الممارسة السريرية ووضعها موضع التنفيذ. لذلك لابد من تنمية مهارات العاملين على توظيف الممارسات القائمة على الأدلة والبراهين العلمية وتدريبهم عليها وحثهم على تطبيقها كممارسة دائمة.

الكفاءة الرابعة - تطبيق تحسين الجودة:

ويقتضي ذلك توفير فرص التعليم الأكاديمي والتعليم المستمر لجميع العاملين في المجال الصحي، ليمتلكوا مهارات قياس جودة الرعاية، وتقييم الممارسات، ووضع المعايير لتحديد فرص التحسين، وتصميم واختبار التدخلات الصحية، وتحديد

الأخطار والأخطاء، وتنفيذ مبادئ التصميم الآمن في عمليات الرعاية وأهمها: توحيد الإجراءات والتدريب على تحليل العوامل البشرية، والعمل الجماعي الفاعل في الفرق متعددة التخصصات. لذلك ينبغي على المنظمات الصحية الساعية إلى تعزيز الجودة وسلامة المرضى توفير التدريب المتخصص للعاملين فيها على أسس وأدوات الجودة والسلامة، ومراعاة الاحتياجات التدريبية المتغيرة في هذا المجال.

الكفاءة الخامسة - استخدام المعلوماتية:

ترتبط المعلوماتية في مجال الرعاية الصحية بتطبيق نظم وتكنولوجيا المعلومات لحل المشكلات، والتي تشمل مجموعة واسعة من التطبيقات مثل نظم دعم القرار، ونظم إدخال الأوامر الطبية، والسجلات الطبية الإلكترونية وغيرها. وتشير نتائج البحوث والدراسات إلى أن تطبيقات تكنولوجيا المعلومات يمكن أن تعزز سلامة المريض من خلال عدة أمور منها توحيد الإجراءات، والإنذار عند ارتكاب خطأ، وتقليل الحاجة للكتابة بخط اليد وغيرها من مواطن الضعف التي يمكن أن تؤدي لارتكاب الأخطاء. كما يؤثر استخدام المعلوماتية على إدارة المعرفة، والاتصالات، واتخاذ القرارات. وعلى الرغم من تزايد الاهتمام بالمعلوماتية الصحية في السنوات الأخيرة - بهدف تعزيز جوانب هذه الكفاءة في بيئات الرعاية الصحية، وكذلك في البرامج الأكاديمية لإعداد العاملين في هذه المنظمات - إلا أنه لا يزال هناك مجال واسع لتقديم المزيد بهدف إعداد الأطباء والفنيين وغيرهم لتسخير المعلوماتية بشكل كامل لضمان السلامة وتحسين جودة الرعاية.

برنامج سلامة المرضى:

مع تزايد الضغوط لتحسين سلامة المرضى أضحت لزاماً على المنظمات الصحية تأسيس منظومة فاعلة لمنع الأخطاء والأحداث العكسية أو الضائرة وتعزيز الرعاية الآمنة. ومع أن اهتمام المنظمات الصحية بجودة الرعاية راسخ في ثقافتها إلا أن قلة من المنظمات الصحية كان لديها برنامج للسلامة أو لجان مختصة ومديرون ومنسقون للسلامة قبل العام ٢٠٠٠، وإن وجد فإنه يكون غالباً تحت مظلة الإدارة الطبية أو خدمات التمريض، أو تحت مظلة إدارة المخاطر (Risk Management) والمعنية تحديداً بمنع تعرض المنظمة للمساءلة القانونية والغرامات المالية. حتى العام ٢٠٠٠ كانت المنظمات الصحية تعمل وفق مفهوم إدارة الجودة والذي يختلف كما أوضحنا سابقاً عن مفهوم سلامة المرضى ولا يحقق الغرض الذي يهدف إليه برنامج

السلامة بشكل كامل. لذلك لا بد من تأسيس برنامج متكامل للسلامة يسعى إلى تحقيق أهداف محددة ويضع عدداً من القضايا الحرجة ضمن أولوياته، معتمداً على قيادات وفرق مؤهلة للقيام بكل ما يلزم لتعزيز السلامة في منظومة الرعاية. ومن أبرز الأهداف التي ينبغي أن يسعى برنامج السلامة إلى تحقيقها ما يلي:

- التخطيط للسلامة على مستوى المنظمة وقياس مؤشراتنا ووضع الإستراتيجيات اللازمة لتحسينها.
- تأسيس ثقافة السلامة التي تشجع على التعلم من الأخطاء والتبليغ الذاتي وإيجاد بيئة غير عقابية.
- تثقيف مقدمي الرعاية بإجراءات السلامة، سواءً تلك التي تم التوصل إليها من خلال تجارب المستشفى أو من خلال دراسات أفضل التجارب والممارسات.
- تعزيز أهمية العمل الجماعي لتقليل الأخطاء والأحداث الضائرة وحشد الجهود التنظيمية لتوفير التدريب اللازم على مهارات الفريق في مواقع الخطورة العالية، كغرف العمليات ووحدات الطوارئ والرعاية الحرجة.
- الإشراف على متابعة الحالات الحرجة والأحداث الضائرة بتنظيم ما يعرف بتحليل الأسباب الجذرية (Root Cause Analysis) -والذي سيتم تناوله في فصل لاحق- واستخلاص أهم الدروس منها لمنع تكرارها في المستقبل.
- العمل المشترك مع الإدارات الأخرى بهدف تنسيق وتكامل الجهود، ومن أبرز هذه الإدارات: إدارة المخاطر وإدارة الشؤون القانونية وإدارة تقنية المعلومات.
- متابعة اتخاذ الإجراءات التصحيحية ووضع الخطط اللازمة لضمان عدم وقوع الأحداث الضائرة أخذاً في الاعتبار مبادئ النظم وأسس هندسة العامل البشري، بحيث يتم العمل على وضع إجراءات مؤسسية راسخة تقلص الاعتماد على الذاكرة وعلى البصيرة البشرية.
- الحرص على أن يحصل المرضى المتضررون بالأحداث الضائرة وذووهم على جميع المعلومات التي يحتاجونها حول طبيعة ما جرى وأسبابه وآثاره.
- العمل على اكتشاف مواطن الخلل في منظومة العمل بشكل استباقي، والتدريب على كيفية التصرف في حال وقوع خطأ، وتصميم الإجراءات اللازمة للتعافي.

- وضع سياسة لتشجيع المشاركة في المعلومات وتشجيع التبليغ الذاتي عن الأخطاء والأحداث الضائرة الفعلية والشبكة بهدف تعزيز التعلم التنظيمي.
- التركيز على إعادة تصميم منظومة العمل لتمنع وقوع الأحداث الضائرة.
- تشجيع التحول إلى بيئة غير عقابية تدرك أن الخطأ هو نتيجة لعوامل تنظيمية بالدرجة الأولى وليست فردية.

أهم الممارسات الواجب أن تتضمنها برامج سلامة المرضى:

تضع الهيئات والمؤسسات المعنية بسلامة المرضى العديد من المحاور والأسس الواجب أن تتضمنها برنامج سلامة المرضى والتي تختلف من جهة لأخرى، ولكننا فيما يلي نستعرض أمثلة على أبرزها، مع التأكيد على ضرورة متابعة الإصدارات الحديثة من معايير الرعاية الآمنة التي تصدر عن مختلف المؤسسات ذات العلاقة، والتي تتضمن معلومات محدثة حسب أحدث الدلائل والبراهين العلمية والممارسات المتميزة في مجال السلامة، ولعل أهمها الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية (JCI)، ومنظمة الصحة العالمية، وغيرها من هيئات عالمية ومحلية.

التحقق من هوية المريض:

يعد التحقق من هوية المريض أحد القضايا المحورية في برامج سلامة المرضى نظراً لما يترتب على الخطأ في هوية المريض من لبس في برنامج الرعاية وضرر كبير للمريض. ومن أبرز الأمثلة على هذه الأخطاء ما حدث في أحد مستشفيات منطقة القصيم بالمملكة حيث تم إعطاء الطفلة (ر. م) علاجاً كيميائياً للسرطان بسبب تشابه اسمها مع مريض آخر كما هو مبين في الحالة رقم (١). تعرضت الأسرة والطفلة بسبب هذا الخطأ لمعاناة شديدة وعانت بشدة من آثار العلاج. وقد حظيت هذه القضية باهتمام وسائل الإعلام والقيادات الرسمية في المنطقة، رغم أن التحقق من هوية المريض أصبح قاعدة أساسية في جميع الأنظمة الصحية منذ سنوات.

وتشترط المعايير الدولية الاحتفاظ بمعلومات وافية للتعريف بالمريض لضمان عدم الخلط بينه وبين مريض آخر (JACHO, 2015). كما تشترط التحقق من هوية المريض قبل إجراء أي تدخل تشخيصي أو علاجي باستخدام وسيلتين على الأقل: من خلال التحقق من المعلومات المدرجة على سوار معصم المريض (patient arm band) ومطابقتها مع المعلومات المدرجة على وصفة الدواء أو نموذج العلاج أو الفحص، وكذلك

بتوجيه سؤاأل مباشر للمريض أو مرافقيه للتأكد من أنه المريض المستهدف. وفي الحالات التي يتم فيها استخدام أدوية ذات خطورة عالية أو ذات محاذير معينة، ومنها العلاج الكيماوي، يفترض أن يتم التحقق من هوية المريض من قبل شخصين مختلفين، عادةً الطبيب والمرضة، وذلك بقراءة البيانات التعريفية بصوت عالٍ للمقارنة.

حالة واقعية رقم (١): خطأ طبي بسبب الخطأ في هوية الطفلة (راما).^١

أكد والد الطفلة (راما) (خمس سنوات) أنه سيرفع شكوى رسمية ضد من أخطأ في تشخيص حالة ابنته بأنها مريضة بالسرطان وحقنها بالعلاج الكيماوي، بعد أن اعتمد أطباء مركز علاج الأورام في إحدى مناطق المملكة على ذلك. وقال الأب المفجوع على وضع ابنته: «كانت تشكو من حرارة والتهاب، وراجعنا بها مستشفى الولادة والأطفال فأخذوا منها عينة، ثم إرسالها إلى مختبر مستشفى تخصصي في منطقتنا، وأفاد التشخيص أنها تعاني من السرطان، وأحيلت إلى مركز الأورام الذي قام بالإجراءات وأبلغنا أنها تحتاج لعلاج كيماوي، وبعد أن حقنت به أبلغونا أن الخطأ من مصدر التحليل، وأن راما لا تشكو من السرطان، وهذا صدمنا، خصوصاً بعد حالات الرعب التي مرت بها عند أخذ الإبر وتكرار إبر المناعة». وأضاف «اتصلت برقم وزارة الصحة المجاني المخصص للشكاوى وطلب المجيب تقريراً عن الحالة، وسوف أرفع شكوى أخرى للهيئة الطبية الشرعية، كما طلبت أن تنقل ابنتي عاجلاً لمستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض، وطلبت إيقاف أي علاج يقدم لها في المركز، خصوصاً أن شعرها قد تساقط وتغير شكلها، وكيف ستكون بعد سنوات؟ وكمن سيكون حجم الأثر النفسي؟»، وامتدح الأب أداء المركز ومديره قائلاً: «كان وفريقه شفافين وأبلغوني أن الخطأ ليس خطأهم، وتفاعلوا مع الحالة».

«عكاظ» حاولت الخروج رسمياً بتصريح من الشؤون الصحية بالمنطقة إلا أن متحدثها الإعلامي رفض التصريح إلا بوصول خطاب من ولي أمر المريضة، وأرسلت «عكاظ» خطابها إلى إيميل العلاقات العامة. وتواصلت «عكاظ» مع مختص من مركز الأورام بالمنطقة وقال: «إن الطفلة راما حوت للمركز من مستشفى الولادة والأطفال بسبب حرارة والتهاب في الغدد اللمفاوية، وأرسل المستشفى عينة للفحص ومن ثم أحيلت للمركز على أساس أنها مصابة بالسرطان ولم يكن التقرير مكتوباً، ولأننا لم نقتنع بالإجابة هاتفياً أو شفهاياً ذهب مدير المركز وهو استشاري في الحالة وتأكد من الطيبة المختصة وهي استشارية في هذا العلم كون الأطباء يعتمدون أولاً - بعد الاعتماد على الله - على الفحص الذي يتم على (عينة) من المريض، ومع ذلك ذهب طبيبان مختصان وتابعوا وجلسا مع المختصة،

(١) المصدر: صحيفة عكاظ السعودية ١٣ يونيو ٢٠١٣.

(<http://www.okaz.com.sa/new/Issues/20130622/Con20130622613241.htm>)

وأكدت أن الحالة سرطان وعلى هذا الأساس بدأ العلاج بعد موافقة الأب، وبعد أن انتهى (الكورس) الأول راجعنا الاستشارية من أجل استلام تقرير العينة رسمياً وكانت المفاجأة أن الدكتورة بدلت العينات، حيث وصلتها عينة لشاب (١٥ سنة) اسمه رامي رغم أن فرق وصول العينتين بينهما أسبوع ومن مصدرين مختلفين». وأضاف المصدر: «أوقفنا العلاج الكيماوي مباشرةً وأطمأننا أن الكمية التي أعطيت لراما كانت قليلة وأثرها لا يتجاوز ٧٢ ساعة وتساقط الشعر كان قليلاً، ووالدا الطفلة قاما بحلاقة رأسها، وسعدنا أنها لم تكن مصابة بالسرطان، وقد طلبنا والد الطفلة وأبلغناه بعد ٤٥ دقيقة من وصول النتيجة رسمياً وقلنا له: إن لدينا خيران الأول طيب وهو عدم وجود سرطان والثاني أن هناك خطأ من جهة التحليل استدعت القيام بالعلاج، كون الطفلة كانت بحالة مرضية تحتاج إلى علاج سريع، وكانت تتشنج». وبين أنه على الفور تم تشكيل لجنة مختصة وقامت بالتحقيق واستدعت طبيبة الأنسجة وهي استشارية واعترفت مباشرةً بالخطأ الذي ارتكبته هي وإحدى زميلاتهما، وقال: «استجابة لطلب والد الطفلة تمت إحالة الطفلة إلى مستشفى الملك فيصل التخصصي في الرياض وقد تكون هناك غداً» مؤكداً أن حالتها مستقرة وزيارتها للرياض للتأكد من وضعها، وأوضح المصدر أنه «من الممكن أن تكون الطفلة تعاني من مرض تأثر وتآكل الغدد اللمفاوية (كركوش) وهذا المرض في الفحص قريب من السرطان ولا يفصله سوى مركز متخصص وقد يكون الحل في مركز الأبحاث بمستشفى الملك فيصل»، مؤكداً ضرورة معاقبة المخطئ، مطمئناً أن الحالة ستكون بسيطة وعلاج آثارها لن يكون صعباً كون الجرعات لم تكن قوية.

الوقاية من الأخطاء الدوائية:

تمثل الأخطاء الدوائية محوراً هاماً في برامج سلامة المرضى نتيجة لخطورتها واحتمال وقوعها حتى في أفضل نظم الرعاية الصحية. ومن أبرز الجوانب التي ينبغي أن يشملها برنامج السلامة الدوائية ما يلي:

- حصر الأدوية المتشابهة شكلاً أو لفظاً (Look alike, Sound alike medications) والتي تستخدم باستمرار، ووضع ضوابط دقيقة لحفظها وصرفها واستخدامها (JACHO, 2015). كما يتم وضع ضوابط مشددة على الأوامر الشفهية بخصوص هذه الأدوية، واشتراط كتابة الاسم العلمي والتجاري للدواء على الوصفة الطبية أو في الأوامر العلاجية. كما يتضمن ذلك حفظ الأدوية المتشابهة في مواقع مختلفة، وتوخي الدقة وقراءة الوصفات والأوامر الدوائية بعناية وحذر في جميع مراحل تداول الدواء.

- ضبط استخدام محاليل الشوارد عالية التركيز وحصر وجودها في الصيدلية ووحدات العناية المركزة.
- وضع قائمة إلكترونية بالأدوية التي يستخدمها المريض لضمان استمرارية الرعاية وبحيث يتم فيها توثيق جميع الأدوية التي يتناولها المريض وتكون متاحة لجميع مقدمي الرعاية.
- مراعاة ضوابط استخدام الاختصارات عند كتابة الوصفات الدوائية وفي السجل الطبي.

منع سقوط المرضى:

بعد سقوط المرضى أثناء تلقي العلاج داخل المنشأة الصحية أمراً وارداً ومتكرراً ويعرض المرضى للخطر. لذلك تشترط إجراءات السلامة وضع ضوابط مشددة لوقاية المرضى من السقوط، ويتضمن ذلك التقييم بشكل دوري لمختلف المسببات والمخاطر التي تؤدي لسقوط المرضى متضمنة المخاطر المتوقعة والمصاحبة للبرنامج الطبي وإجراء اللازم لمنع حدوثها (JACHO, 2015). ومن أبرز وسائل الوقاية استخدام أرضيات غير زلقة وأسرة ذات حواجز جانبية، ووضع أجراس إنذار في دورات المياه والتحقق من سلامة السلالم ووجود حواجز جانبية عليها.

مكافحة العدوى المكتسبة في المنشآت الصحية:

من أهم القضايا التي تتركز المهتمين بسلامة المرضى هي مكافحة العدوى المكتسبة داخل المستشفيات والتي قد تصيب المرضى ذوي المناعة المنخفضة أو المرضى الخاضعين لعمليات جراحية بشكل خاص (JACHO, 2015). وتتم الوقاية من العدوى عن طريق الالتزام بعملية التعقيم للأدوات وغسل الأيدي باستمرار في جميع مراحل العملية العلاجية، بالإضافة إلى اتباع إجراءات وقائية أخرى كاستخدام الإبر مرة واحدة فقط، وارتداء القفازات والتطهير والتعقيم للألات والأجهزة الطبية. كما يشمل ذلك وضع برنامج لمكافحة البكتيريا المقاومة للمضادات الحيوية على مستوى المنشأة ككل. ولعل أشهر حالات عدوى المستشفيات والتي تناولتها وسائل الإعلام في المملكة العربية السعودية تلك التي وقعت في إحدى المستشفيات الكبرى في مدينة جدة، والتي تعرض فيها عدد كبير من الأطباء والفنيين للإصابة بفيروس كورونا (حالة واقعية رقم ١). وتبين تصريحات المسؤولين أن العاملين بالمستشفى كانوا يجهلون أساليب مقاومة العدوى، وأهملوا الإجراءات الاحترازية.

حالة واقعية رقم (٢): انتشار فيروس كورونا بين عدد من العاملين في أحد مستشفيات مدينة جدة.^٢

كشف مدير مكافحة العدوى بوزارة الصحة الدكتور عبد الله عسيري عن أسباب انتشار فيروس كورونا في مستشفى الملك فهد بجدة دون غيره من المنشآت الصحية الأخرى في المحافظة، إذ أكد مصدر طبي بالمستشفى إصابة ١٢ ممارساً صحياً وخمسة أطباء بالمستشفى بفيروس كورونا منذ ظهور أول حالة بجدة. وقال الدكتور عسيري لـ «الوطن»: إن «عدة عوامل أسهمت في انتشار الفيروس في مستشفى الملك فهد بجدة، أهمها تنويم حالتين في طوارئ المستشفى مدة ستة أيام دون معرفة إصابتهما بالفيروس، وبعد ذلك اكتشف أنهما مصابتان بعد أن فات الأوان، وانتقلت العدوى لأكثر عدد من المنومين والممارسين الصحيين المخالطين لهم في الطوارئ». وأضاف أن «هناك عاملاً آخر غفل عنه الكثيرون، ولم يتم الإعلان عنه، وهو أن نشاط الفيروس خارج المنشأة الصحية في تلك الفترة كان في أعلى مؤشرات، ولم يتم اكتشاف ذلك إلا بعد ظهور الإصابتين اللتين أدخلتا مستشفى الملك فهد». وأوضح الدكتور عسيري أن «عوامل أخرى أسهمت في انتشار الفيروس في مستشفى الملك فهد، وهي إهمال الممارسين الصحيين في استخدام وسائل الوقاية أثناء فحص المراجعين في طوارئ المستشفى كـ «الكمامات» و«القفازات» و«المطهرات»، وقد ساعد ذلك على انتشار العدوى في المنشأة». وأكد مدير مكافحة العدوى بوزارة الصحة أن هناك عقبات واجهت الوزارة في بداية الأمر منذ ظهور الإصابة الأولى بجدة، رصدتها فريق مكافحة العدوى الذي زار المستشفى، ومنها جهل الممارسين الصحيين بأهمية وسائل الوقاية، ونقص الثقافة التوعوية، وهو ما دفع الوزارة للتعاقد مع شركة «أرامكو» من أجل إقامة دورات توعوية وتنقيفية حول كيفية استخدام وسائل الوقاية داخل أقسام مكافحة العدوى، والطوارئ، والعزل.

تأكيد الالتزام بغسل الأيدي؛

تعد عملية غسل الأيدي -على بساطتها- جزءاً لا يتجزأ من ثقافة السلامة ومن برنامج السلامة داخل المنشآت الصحية حرصاً على عدم نقل العدوى للمرضى والعاملين. ويعد الالتزام بعملية غسل اليدين من أهم المعايير التي تؤكد الهيئات المعنية بسلامة المرضى عليها، ومن أبرزها مركز مكافحة الأمراض ومنظمة الصحة العالمية والهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية. ولعل أبرز القضايا المحلية ذات العلاقة

(٢) المصدر: صحيفة الوطن السعودية ٢٠١٤/٩/١٥

(http://www.alwatan.com.sa/Nation/News_Detail.aspx?ArticleID=188106&CategoryID=3)

بثقافة غسيل الأيدي ونقل العدوى -وخاصة بين العاملين في المستشفى- قضية انتشار فيروس كورونا في بعض المستشفيات السعودية بشكل متسارع بسبب ضعف الالتزام بالإجراءات الوقائية وأهمها غسيل الأيدي. وقد أدى ذلك إلى أن بلغت نسبة المصابين من العاملين ما يعادل ثلث المصابين بهذا الفيروس في فترة معينة. وبعد التشديد على تطبيق إجراءات مكافحة العدوى وإحداث تغييرات جذرية في منظومة وثقافة العمل تمت السيطرة على هذا الفيروس القاتل، ولكن ليس قبل أن يأخذ معه حياة الكثيرين، ويتسبب في هزة قوية للنظام الصحي في المملكة.

تحسين إجراءات تغيير الورديات وتبادل المرضى (الاستلام والتسليم)؛

يتم تبادل المرضى بين مقدمي الرعاية في المستشفيات لأسباب مختلفة، من أهمها تغيير المناوبات وانتقال المرضى بين الوحدات العلاجية، وقبل وبعد الإجراءات التشخيصية أو العلاجية، وعند الخروج. لذلك يتطلب تسليم واستلام المريض (Patient Hand-offs) أو انتقال رعايته من مقدم رعاية إلى آخر الاهتمام بتبادل المعلومات بشكل دقيق ومتكامل مع انتقال المسؤولية الأساسية عن الحالة وسلطة اتخاذ القرارات بين مقدمي الرعاية. وفقاً لدراسة أجرتها الهيئة المشتركة لتحليل الأسباب الجذرية في عدد من الحوادث والأخطاء تبين أن مشاكل الاتصالات تسبب ما يقرب من ٧٠٪ من الأحداث الضائرة في مؤسسات الرعاية الصحية المعتمدة. وتبين أن ما لا يقل عن نصف مشاكل قصور الاتصالات تحدث أثناء تبادل المرضى وتبديل الورديات. لذلك تقرر أن يكون توحيد أو تمييط المعلومات المتبادلة خلال عملية تسليم وتبادل المرضى أحد الأهداف الوطنية لسلامة المرضى التي تبنتها الهيئة المشتركة (Joint Commission 2007). وسنأتي لاحقاً للحديث عن موضوع التواصل الفعال في فرق الرعاية الصحية، ونناقش بعض الأدوات المناسبة لتبادل المعلومات وأبرزها SBAR.

الوقاية من الخطأ في الإجراءات النافذة (التي تخترق الجلد)؛

ويشمل ذلك اتباع الإجراءات المستندة إلى الدلائل والبراهين العلمية في استخدام المغذيات الوريدية، ومكافحة العدوى المكتسبة من خلال المغذيات الوريدية وقسطرة المسالك البولية ومن خلال نقل الدم ومنتجاته. ومن أبرز الحالات التي كانت مثار اهتمام الرأي العام السعودي هي نقل دم ملوث بفيروس نقص المناعة المكتسبة (HIV) للطفلة (ر.ج) في إحدى المستشفيات السعودية (حالة واقعية رقم ٣).

حالة واقعية رقم ٣، نقل دم ملوث بفيروس (HIV) لطفلة في أحد المستشفيات ٢.

أعلنت وزارة الصحة السعودية أنها ستقل الطفلة ريهام - البالغة من العمر ١٢ عاماً والتي وقعت ضحية خطأ طبي، حيث نُقل لها دم ملوث بفيروس HIV «الإيدز» في مستشفى جازان الحكومي - إلى الرياض في محاولة لعلاجها. وقالت الوزارة في صفحتها على موقع التواصل الاجتماعي «تويتر»: «تم الآن الترتيب مع أسرة المريضة لنقلها إلى العاصمة الرياض لتقديم الرعاية الصحية لها، ونسأل الله العلي القدير لها الشفاء». كما أعلنت الوزارة عن وصول فريق التحقيقات المكلف من الوزارة لمستشفى جازان العام للتحقيق في خطأ نقل دم مُصاب بمرض الإيدز لطفلة تبلغ من العمر ١٢ عاماً. ومن جهتها أصدرت المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة جازان بياناً رسمياً اعترفت فيه بأنه جرى نقل دم من متبرع مصاب بفيروس HIV لمريضة، بعد خطأ فردي من أحد الفنيين العاملين بمستشفى جازان العام، وتم اكتشاف الخطأ بعد إجراء المراجعة الفنية، وجرى استدعاء المريضة في الحال وإدخالها مستشفى الملك فهد بجازان، حيث تخضع حالياً للعلاج النوعي وفقاً للأعراف والأصول الطبية المتبعة في هذه الحالة، مضيفاً أنه جرى إبلاغ أسرة المريضة بذلك وتقديم الاعتذار لهم. وأكد البيان أن وزارة الصحة شكلت لجنة عاجلة برئاسة مدير عام المختبرات وبنوك الدم بالوزارة، وعضوية استشاري وبائيات ومحقق إداري، للشخص إلى منطقة جازان للتحقيق فوراً مع كل من له علاقة بذلك، ليتم إيقاع أقصى العقوبات النظامية بحق من تثبت إدانته أو تقصيره. ومن جانبها أكدت عائلة الطفلة لصحيفة «الشرق» السعودية أن المديرية الصحية لم تبلغهم بحقيقة مرض ابنتهم وأنهم عرفوا عن طريق الإعلام. وقال أحد أقرباء الطفلة للصحيفة: «كانت ريهام مصابة بمرض فقر الدم ومرضت قبل نحو أربعة أيام، وشعرت بإعياء شديد، فقام والدها بأخذها إلى مستشفى جازان العام، وكانت تحتاج إلى نقل كميات من الدم، وهو ما فعله الكادر الطبي، وتبين فيما بعد أن الدم المنقول للطفلة كان ملوثاً بفيروس الإيدز». وتابع: «لم تكن عائلة ريهام تعلم شيئاً عن الخطأ الطبي الذي تعرضت له الطفلة وإهمال

(٣) المصدر: موقع العربية ١٥ فبراير ٢٠١٣

(<http://www.alarabiya.net/articles/2013/02/15/266332.html>)

الكادر الطبي لها حتى قرابة الساعة الثالثة من ظهر أمس، والعائلة الآن في حال يرثى لها نتيجة الصدمة التي تلقوها عقب معرفتهم بخبر إصابة ابنتهم بمرض الإيدز» وكشف عن كيفية علم العائلة بالخبر قائلاً: "بعد منتصف ليلة الأربعاء وصل طاقم طبي وإسعاف إلى منزل عائلة ريهام، وقالوا إنهم من الطب المنزلي، وجاءوا للاطمئنان على حالة الطفلة دون أن يخبروا العائلة بالخطأ الطبي الذي تعرضت له في المستشفى"، مدعين أن ريهام لم تكمل بعد الفحوص والتحاليل، وأنها تحتاج إلى إعادتها للمستشفى من أجل استكمال الفحوص، مؤكدين أن حالة ريهام حرجة جداً من الناحية النفسية والجسدية. وتفاجأت عائلة الطفلة بخروجها من مستشفى الملك فهد المركزي التي كانت خضعت فيه للعلاج منذ أمس، بعد أن طلبت منها إدارة المستشفى إعطاءها موعداً بعد شهر من تاريخ خروجها.

الوقاية من الأخطاء الجراحية:

لتعزيز السلامة للمرضى الذين يخضعون لإجراءات جراحية فإن من الضرورة بمكان اتباع بروتوكول عام لمنع الأخطاء ذات العلاقة بالإجراءات الجراحية (JCAHO, 2015)، بما في ذلك:

- إجراءات التحقق من عدم نسيان أداة أو جهاز داخل جسم المريض.
- مكافحة التهابات أو عدوى الجروح الجراحية (Surgical site infections) وذلك باتباع الإجراءات المتعارف عليها وفق الدلائل العلمية والبراهين.
- الخطأ في نوع الإجراء الجراحي (Wrong Procedure)، أو إجراء العملية الجراحية لمريض آخر (Wrong Patient)، أو إجراء العملية في غير الموقع المستهدف بها من الجسم (Wrong site).

وتتضمن إجراءات سلامة المرضى في غرف العمليات استعمال قائمة تدقيق لحالة المريض متضمنة التأكد من هوية المريض والتأكد أنه هو نفسه المطلوب لإجراء الجراحة، والتأكد من موقع الجراحة المستهدفة في جسده، ونوع الإجراء الجراحي. كما ينبغي أن يضع الجراح علامة واضحة على المكان المراد إجراء الجراحة عليه قبل البدء في التخدير، على أن يتم ذلك بإشراك المريض، وتوثيق ذلك في نموذج خاص. ويتضمن هذا الإجراء أن تقوم ممرضة جناح العمليات باستلام المريض وقت وصوله،

والتحقق من سجله الطبي، وهويته، ونوعية ومكان العمل الجراحي، ووجود كل الأدوات اللازمة للجراحة قبل البدء فيها، وقبل تخدير المريض مباشرة، وذلك بوجود الطبيب الجراح وطبيب التخدير وممرضة العمليات وإشراك المريض في عملية التحقق هذه شفاهة، وتوثيق كل ذلك في النموذج. ولضمان عدم نسيان أية أدوات جراحية داخل جسد المريض يتم عد الأدوات الجراحية وقطع الشاش قبل وبعد إجراء العملية وقبل خياطة الجرح.

ضمان سلامة المرضى أثناء الطوارئ:

تقوم إدارة المنشأة الصحية بدعم برامج السلامة في أقسام الطوارئ بحيث تسهم في الوقاية من الأخطاء والحوادث والأخطار واحتواء أضرارها، ومن الأمثلة على ذلك:

- الوقاية من التغير السريع في حالة المريض أو تدهورها وذلك بوضع أنظمة للاستجابة الفورية والإنذار المبكر للاستجابة للتغيرات التي تحدث في حالة المريض، باختيار طريقة وآلية مناسبة تمكن أعضاء الفريق الطبي بسهولة من طلب الدعم والاستعانة بذوي الخبرة من المتخصصين.
- تحديد حالات المرضى المتوقع قيامهم بالانتحار وبخاصة في أقسام الطب النفسي واتخاذ التدابير اللازمة لمنعهم من ذلك.
- مراعاة اشتراطات السلامة في المبنى والمنشآت التابعة له، لمنعهم من ذلك. شاملة سلامة التمديدات الكهربائية وتوفير الإضاءة والتهوية والمنافذ الخاصة بالطوارئ. كما ينبغي وضع خطة التخلص من المواد الخطرة والنفايات الطبية والنفايات غير الطبية ووضع خطة شاملة للوقاية من الحرائق.

الأوامر الشفهية:

ضرورة وضع سياسة واضحة للأوامر الطبية الشفهية بحيث يتم تقنينها قدر الإمكان، واتباع إستراتيجيات وقائية لضمان دقة المعلومات المتبادلة، بما في ذلك توثيق الأوامر الشفهية وقراءتها (Readback) للتحقق من مضمونها. كما ينبغي تطبيق آلية محددة لتلقي الأوامر الشفهية أو الهاتفية والإبلاغ عن نتائج الفحوصات الحرجة، بحيث يتم التأكد بإعادة قراءة كامل الأوامر الطبية ونتائج الفحوصات من قبل الشخص المستقبل للمعلومة. وتشترط أسس التوثيق في السجلات الطبية اعتماد آلية وخطة عمل واضحة والإبلاغ عن جميع نتائج الفحوصات الحرجة والتوقيع من قبل ممرضتين أثناء تلقي التعليمات، على أن يقوم الطبيب بالتوقيع على الأوامر الشفهية خلال ٢٤ ساعة.

الوقاية من تقرحات الفراش:

قد يتعرض المرضى المقيمون لفترات طويلة والمرضى المقعدون للإصابة بتقرحات الفراش نتيجة لسوء رعاية حالتهم. لذلك ينبغي أن يتضمن برنامج السلامة إرشادات محددة وفقاً للأدلة والبراهين العلمية تمنع الإصابة بهذه التقرحات، وتسهم في علاجها ومنع تفاقمها.

جوانب إكلينيكية أخرى:

- وضع بروتوكول لضمان الوقاية من الأخطاء المتعلقة بنقل الدم ومشتقاته.
- الالتزام بمعايير محددة للتبليغ بنتائج الفحوص التشخيصية، ومنها الفحوصات المخبرية والإشعاعية بأسرع وقت ممكن، وبخاصة في الحالات الحرجة والتي يعد التوقيت عاملاً حاسماً في شفاؤها.
- وضع بروتوكولات لتجنب تعرض المريض للخطر الناجم عن العلاج بمضادات التخثر (Anticoagulant Therapy).
- وضع سياسات وبروتوكولات خاصة بمرضى العناية المركزة، وضرورة أن يكون كل مريض تحت إشراف طبيب حاصل على الترخيص المناسب في مجال الرعاية المركزة.
- اتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع تعرض المرضى المعتمدين على أجهزة التنفس (Ventilated Patients) لأية مضاعفات أو أخطاء.
- تبني سياسة قانونية واضحة حيال استخدام أجهزة المحافظة على الحياة، بحيث يتم الحصول على موافقة المريض المسبقة على استخدام هذه الأجهزة إن لزم الأمر.

الجوانب الإدارية التي ينبغي أن يتضمنها برنامج السلامة:

- بناء منظومة قيادية تضمن توفر الوعي على مستوى المنظمة بمستوى الأداء وجوانب القصور فيما يتعلق بسلامة المرضى، وإدراك مسؤولية القيادات التنظيمية عن هذا القصور وعن اتخاذ ما يلزم لتحسين الأداء بما يحقق سلامة المرضى.
- قياس ثقافة سلامة المرضى بشكل دوري وتوفير التغذية المرتدة للقيادات الصحية والعاملين، ومن ثم اتخاذ التدابير اللازمة لتقليل المخاطر.

- بناء مهارات الفريق وتبني منهج فاعل على مستوى المنظمة للعمل الجماعي، وتأسيس مقوماته بما يدعم أهداف سلامة المرضى.
- تبني منهج علمي منظم لتحديد المخاطر، واتباع مدخل شامل لضمان تقليص الضرر الذي يمكن أن يقع على المريض كنتيجة لها.
- لضمان مشاركة المريض في قرارات الرعاية لابد من التأكد من توفر شرح وافي له أو لذويه حول هذا الإجراء، والتحقق من فهمه لحديثاته ولنتائج المحتملة وذلك قبل أن يُطلب منه توقيع نموذج التفويض بالعلاج.
- الإفصاح: في حال وقوع أي حدث ضائر ينبغي أن يحصل المريض أو عائلته على شرح واف حول هذا الحدث وأسبابه وآثاره المتوقعة.
- الاهتمام بمقدمي الرعاية في حال وقوع خطأ أو حدث ضائر نتيجة لعامل بشري، وإتاحة الفرصة لهم للمشاركة في التحقيق في الأسباب والعوامل التي أدت لوقوعه، وأخذ مرئياتهم حول الحلول المناسبة لتلافي تكرار الحدث الضائر مستقبلاً.
- المعلومات الصحية: ضمان توثيق معلومات كاملة عن المريض وحالته الصحية والإجراءات التي خضع لها وخطة العلاج، على أن يتم تدوينها في الوقت المناسب وأن تتوفر لجميع أعضاء الفريق الطبي عند الحاجة سواءً من خلال السجل الطبي الورقي أو السجلات الطبية الإلكترونية.
- تبني نظام آلي لإدخال الأوامر الطبية إذ اتضح أنه يسهم بشكل كبير في تقليص أخطاء التواصل وتبادل المعلومات وبخاصة فيما يتعلق بأوامر الأدوية.

التعامل مع المعلومات:

- تعد المعلومات من أهم مقومات برنامج سلامة المرضى والتي تمثل الأساس الذي تبنى عليه إستراتيجيات السلامة. لذلك فإن من الضرورة بمكان توفير مصادر متنوعة للمعلومات المتعلقة بالسلامة وضمان دقتها ومصداقيتها للتعرف على مدى انتشار الحوادث والأخطاء. ومن أهم مقومات منظومة معلومات السلامة ما يلي:
- نظام التبليغ عن الأخطاء والحوادث (سنأتي على ذكره لاحقاً).
 - تقارير المتابعة الدورية من مختلف الأقسام ذات العلاقة (تقارير انتشار العدوى مثلاً).

- مؤشرات مخرجات الرعاية: ومنها معدلات الوفيات في المستشفى ومعدلات العودة غير المتوقعة إليها بعد الخروج.
- مؤشرات العمليات: ومنها على سبيل المثال "معدلات الالتزام بغسل الأيدي"، أو باستخدام قوائم الفحص، أو استخدام الأنظمة الإلكترونية.
- البيانات الإدارية ذات العلاقة بالسلامة.
- تقارير الحالات التي حددتها المنظمات أو الجهات ذات العلاقة بالسلامة.
- الشكاوى القانونية.
- شكاوى المرضى.
- البيانات المستمدة من جولات القيادات.
- نتائج تقييم ثقافة سلامة المرضى.
- نتائج تقييم رضا المرضى.

التبليغ عن الأحداث العكسية والضائرة:

تعتمد أنظمة إدارة الجودة التقليدية على جمع البيانات من خلال المراجعة الدورية للسجلات الطبية ومراقبة بعض مؤشرات الأداء ومنها: معدلات الوفيات، ومعدلات الأخطاء الطبية، والمضاعفات. أما برامج سلامة المرضى فعلى الرغم من أنها تستخدم الأدوات التقليدية المعروفة في مجال الجودة، إلا أنها تعتمد بالدرجة الأولى على البلاغات التي يقدمها مقدمو الرعاية عن الأحداث الضائرة (الوشيكاة أو الفعلية) من خلال نظام خاص للتبليغ عن هذه الأحداث (IOM, 2001). ويعد الهدف الأساسي من هذا الإجراء تفعيل مشاركة مقدمي الرعاية باعتبارهم الأكثر فهماً وإلماماً بمصادر الخطأ أو الضرر المحتملة ومواطن الفشل في منظومة الرعاية. ولا شك أن قيام مقدمي الرعاية بالتبليغ عن الأخطاء أو الحوادث هو الخطوة الأولى لتعزيز مشاركتهم الفاعلة في وضع الحلول لمنع تكرارها. ويقع على عاتق مدير أو ضابط السلامة متابعة هذه التقارير وتصنيفها ووضع الإحصاءات التي تبين مواطن الخطر المحتملة ومن ثم حشد الجهود لمواجهتها بالتعاون مع الإدارات المختصة (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999). ومع ذلك ينبغي ملاحظة أن نظم التبليغ التطوعي عن الأحداث الضائرة لا يمثل إلا جزءاً يسيراً من الواقع، وبالتالي لا ينبغي استخدامها

لقياس معدلات الأخطاء أو الحوادث، فهي لا تعطي سوى مؤشرات عن الواقع ولا ترصد الواقع جُلّه. وتؤكد الدراسات أن العاملين في التمريض أكثر ميلاً واستعداداً لاستخدام نظم التبليغ مقارنة بالأطباء، وبالتالي لا ينبغي بأي حال اعتبار أن عدد البلاغات يدل على حجم الأخطاء والحوادث على أرض الواقع. لذا ومع أهمية تعزيز ثقافة التبليغ التطوعي عن الأخطاء والحوادث فإن من الضرورة بمكان الاعتماد على مصادر متنوعة لمعلومات السلامة لتكوين صورة أقرب إلى الواقع عن درجة السلامة ومدى انتشار الحوادث والأخطاء.

كما تجدر الإشارة إلى أن ما يهمننا في جهود سلامة المرضى هو أن تؤدي ثمارها وأن تحقق النتائج المرجوة منها، وأن توجد الثقافة اللازمة لتعزيز الرعاية الآمنة. وبالتالي فإن من غير المهم أن يتم تبني نظم معلومات معقدة ومتطورة للتبليغ عن الأحداث السلبية والأخطاء، وإنما الأهم هو تحقيق الأهداف. ومهما كانت درجة تطور نظام التبليغ ودقته فإنه لن يحقق النتائج المرجوة منه ما لم يشعر مقدمو الرعاية بالإطمئنان إلى أنهم لن يتعرضوا للعقوبة نتيجة للتبليغ (Wakefield & O'Grady, 2000). لذا فإن من أهم مسؤوليات ضابط السلامة أن يسعى لتعزيز الثقة لدى مقدمي الرعاية والتواصل معهم باستمرار للتأكيد على أن التبليغ عن الأحداث العكسية والضائرة والأخطاء سيقود إلى تحقيق نتائج إيجابية وسيسهم في التغيير للأفضل. وسيتم تناول موضوع التبليغ عن الأحداث العكسية والضائرة بشيء من التفصيل لاحقاً، ولكن فيما يلي نورد بعض الأمثلة على الأحداث التي تستوجب التبليغ.

أهم الأحداث التي تستوجب التبليغ:

- الأحداث العكسية ذات العلاقة بالجراحة ومنها: وفاة المريض أثناء الجراحة، ترك أداة داخل الجسم، أو الخطأ في الإجراء الجراحي أو في المريض، أو في موقع العملية الجراحية من الجسم.
- الأحداث ذات العلاقة بالأجهزة والمنتجات ومنها: وفاة أو تعرض المريض للضرر نتيجة لاستخدام جهاز أو دواء ملوث، أو استخدام الجهاز بطريقة خطأ.
- الأحداث ذات العلاقة بحماية المريض، ومن أمثلتها: إخراج مريض فاقد للرشد من المستشفى أو تسليمه لشخص غير مخول بذلك، وفاة المريض أو تعرضه للضرر نتيجة ضياعه أو عدم معرفة مكانه، انتحار أو محاولة الانتحار أو إيذاء المريض لنفسه أثناء وجوده في المستشفى.

- الأحداث ذات العلاقة ببرنامج الرعاية الإكلينيكية، ومن أمثلتها: وفاة المريض أو تعرضه لضرر نتيجة خطأ دوائي، أو نتيجة خطأ مرتبط باستخدام منتجات الدم، الوفيات أثناء الولادة الطبيعية، وفيات المواليد أثناء الولادة الطبيعية غير المعرضة لأي خطر، قروح السرير، السقوط من السرير. كما تشمل هذه الأحداث حقن الحيوانات المنوية من المتبرع الخطأ أو في البويضة الخطأ، ووفاة المريض أو تعرضه لخطر نتيجة عدم تبليغه بنتائج الفحوصات التشخيصية في الوقت المناسب.
- الأحداث ذات العلاقة بالبيئة، ومن أمثلتها وفاة مريض أو موظف نتيجة التماس الكهربائي، أي حوادث مرتبطة بنظام الأكسجين أو غيره من الغازات، سواء في توصيل الغاز من جهاز خالي من الأكسجين، أو توصيل الغاز الخطأ. تعرض المريض للوفاة أو الإصابة بحروق خلال تلقيه الرعاية في المستشفى. أي إصابة أو وفاة لها علاقة بتقييد المريض إلى السرير أثناء وجوده في المستشفى.
- أحداث ذات طبيعة إجرامية: ومن أمثلتها: أن يتم تقديم الرعاية من قبل شخص يتقمص دور طبيب أو ممرض، اختطاف مريض، الاعتداء الجنسي أو التحرش بالمرضى، الاعتداء الجسدي.

المنظومة الإدارية لسلامة المرضى:

لكي تحقق المنظمة أهدافها المتعلقة بجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى لابد من تأسيس منظومة إدارية متكاملة وموجهة لأغراض السلامة. هذا يتطلب بدايةً تعيين ضابط لسلامة المرضى (Patient Safety Officer)، بحيث يكون مستواه الإداري قريباً من الإدارة العليا ويرتبط إما بالمدير التنفيذي أو برئيس الهيئة الطبية، وتكون مهمته متابعة ودعم وتوجيه جهود سلامة المرضى. هذا لا يُغني أبداً عن الدور المهم الذي يقوم به مجلس الإدارة في التخطيط ومتابعة ومراقبة تحقيق الأهداف المحددة لسلامة المرضى والسعي لردم الفجوة بين المستهدف والمتحقق منها. وينبغي أن يمتلك مدير السلامة أو ضابطها كامل الصلاحيات اللازمة لأداء عمله وأن يحظى بالدعم من الإدارة العليا وأن يعمل مع جميع الإدارات والأقسام بشكل مباشر. لذلك لابد من توضيح الارتباطات التنظيمية الخاصة بالسلامة، وبما يحقق الصلاحية الكاملة لضابط السلامة لأداء عمله بالتعاون والتسيق مع الإدارات المختلفة. ولتحقيق الأهداف بشكل متكامل، لابد من تعزيز الانسجام والتوافق بين جهود السلامة وإدارة

الجودة وإدارة المخاطر ومهام الاعتماد وغيرها من المهام ذات العلاقة، بحيث تتضح أولويتها وأهميتها ودعم ترابطها وتكاملها في سبيل تحقيق الغايات الإستراتيجية العليا. ولضمان الدقة في إنجاز هذه المهام لابد أن تولي المنظمة اهتماماً كبيراً بعمليات القياس وأن توفر الخبرات اللازمة في مجال قياس الأداء بما يساعد على صياغة المقاييس اللازمة لفرق التحسين المستمر وسلامة المرضى. وينبغي أن يتوفر لضابط السلامة المعارف والمهارات والإلمام الكافي بمبادئ السلامة ومنهجياتها وأدواتها. وتقع على عاتق مدير السلامة مهمة نشر الوعي وثقيف الآخرين بالممارسات الجيدة للمحافظة على السلامة.

ونظراً للحاجة إلى تنسيق وتكامل جهود السلامة على مستوى المنظمة، ينبغي تعيين لجنة عليا لسلامة المرضى، تضم كبار القيادات في المنظمة، وأن تجتمع بشكل دوري لمراجعة جهود السلامة وتقويمها. هذه اللجنة تكون قادرة بحكم تكوينها على تحديد الأولويات ووضع الخطط اللازمة لدعم سلامة المرضى. وعلى القيادات العليا تكليف كبار التنفيذيين بمسؤولية متابعة القضايا المهمة في برنامج الجودة والسلامة، على أن يعملوا مع العاملين في الصفوف الأولى للتوصل إلى فهم أعمق والتزام أقوى بأولويات الجودة والسلامة. هذا التعاون والتنسيق سيساعد على إيجاد درجة أكبر من الوعي لدى القيادات العليا، وتحديد الوعي بالمعوقات والمشكلات التي تهدد سلامة المرضى، ويجعلهم أكثر استعداداً لدعم جهود السلامة وتوجيه ما يلزم من الموارد لها، والاهتمام بالتدريب واستقطاب الكفاءات وتطوير الكوادر البشرية في المجالات ذات العلاقة بالسلامة. وتقوم بعض المنظمات بتكوين فرق عمل متعددة التخصصات المعنية بقضايا السلامة الفرعية على مستوى الوحدات والأقسام والصفوف الأولى للعاملين، هدفها توفير فهم أعمق في القضايا المتخصصة.

خاتمة:

سعى هذا الفصل إلى وضع تصور متكامل لنموذج شامل للسلامة في الرعاية الصحية مستنداً إلى أهم التوجهات الفكرية ذات العلاقة سواء في المجالات الصحية أو الصناعية. ويلاحظ الدارس لحركة سلامة المرضى أنها تكونت من مزيج من مفاهيم إدارة الجودة وبعض المفاهيم الإدارية الحديثة كالتعلم التنظيمي ومنظور النظم والتي تمثل في مجملها الإطار الذي ينظم ويدعم ويدفع توجهات الجودة والسلامة في المنظمات الصحية. لذلك فإن النموذج المقترح يتضمن إجراءات ومبادئ متنوعة

ومتعددة تشمل جوانب تصميم نظم الرعاية الصحية وتطوير الكوادر البشرية والاعتماد على المعلوماتية بشكل متزايد. ولا شك أن هذا يتطلب تحولاً جذرياً في الطريقة التي تقدم بها الرعاية الصحية اليوم والطريقة التي تعمل بها المنظمات الصحية والتي يفكر بها مقدمو الرعاية. ويعد تبني المنظور الشمولي وفق مدخل النظم عنصراً أساسياً في النموذج المقترح للسلامة في المنظمات الصحية، إذ إن أي توجه لتعزيز السلامة لا بد أن ينطلق من نظرة شمولية تركز على منظومة الرعاية ولا تركز على الأفراد كمحور للسلامة. وتمثل الشفافية حيال الأخطاء وتطبيق مبدأ التعلم التنظيمي أحد أهم مقومات بناء بيئة متعلمة تقوم على اعتبار أن الأخطاء مصدر مهم للتعلم للوقاية من الضرر. ولا يمكن أن تتحقق السلامة بمعزل عن دور قيادي فاعل يقوم على أساس العمل الجماعي والمسؤولية الجماعية عن السلامة. ويُعد المريض شريكاً فاعلاً في جميع مراحل منظومة السلامة ومصدراً مهماً للمعلومات عن مواقع الخلل. وتجدر الإشارة إلى أن تحقيق السلامة لا يتحقق بالنوايا الحسنة فقط، وإنما يتطلب تصميم إجراءات العمل أخذاً في الاعتبار أهم قواعد تصميم النظم الصحية الآمنة. وختاماً، فإن للكوادر البشرية المؤهلة والمدرّبة والتي تمتلك عدداً من الكفايات المهمة دور فاعل في تحقيق السلامة والوقاية من وقوع الأخطاء في جميع مجالات الرعاية الصحية. وقد قدم هذا الفصل تصوراً لأهداف برنامج سلامة المرضى والمهام التي ينبغي أن يتضمنها. كما تم استعراض العديد من الأمثلة للإجراءات والجوانب التي ينبغي أن يتضمنها برنامج السلامة، ومن ذلك الجوانب الإكلينيكية والإدارية والمعلوماتية. ومع أهمية ما ورد في هذه الفصل من عناصر في برنامج السلامة، تجدر الإشارة إلى أن المعلومات والإرشادات في مجال السلامة تتطور باستمرار وتخضع للفحص والتجديد، لذا ينبغي متابعة أهم الدلائل العلمية والإرشادات العملية الصادرة من الجمعيات والمنظمات ذات العلاقة لضمان استمرارية ومواكبة جهود السلامة للمستجدات العلمية والمهنية.

الفصل السادس

ثقافة السلامة في المنظمات الصحية

تحرص المنظمات الصحية الناجحة على تعزيز مكانتها كمنظمات ذات موثوقية عالية لا تتميز فقط بالأداء الجيد وإنما بثقافة تنظيمية تدعم السلامة كتوجه إستراتيجي يهدف إلى تقليل معدلات الأخطاء والأحداث السلبية المرتبطة بالرعاية المقدمة. وتعلمت المنظمات الصحية من تجارب الصناعات ذات الموثوقية العالية مثل قطاعات الطيران ومحطات توليد الطاقة النووية والتي نجحت في تأسيس ثقافة تنظيمية محورها السلامة والوقاية من وقوع الضرر.

ويتطلب الانتقال من الممارسات التقليدية إلى الممارسات الآمنة تغيير القنوات والممارسات والمسلات المتأصلة في ثقافة بيئة المنظمات وبين العاملين فيها ليتقبلوا التغيير ويعملوا بمقتضاه ويسهموا بفاعلية في مجهودات التحسين. ويمثل التحول إلى بيئة تنظيمية -تعتمد على مشاركة العاملين والإدارة وفقاً للحقائق والمعلومات والعمل من خلال فرق متعددة التخصصات تحدياً- لكثير من المنظمات بسبب عدم توافر المهارات اللازمة لتبني هذه التغييرات، ومقاومة العاملين والإداريين للتغيير. لذلك يعد التغلب على العوائق الثقافية من أهم التحديات التي تواجه التحول التنظيمي من الممارسات التقليدية إلى ممارسة قائمة على مبادئ السلامة، وبه يمكن تجاوز العقبات الأخرى.

وخلافاً للقطاعات الصناعية فإن قطاع الرعاية الصحية لا يزال في المراحل الأولى من مسيرة التحول ليضاهي الصناعات ذات الموثوقية العالية في تطبيق نظم الجودة، وتأسيس ثقافة تنظيمية تضع سلامة المريض في مقدمة أولوياتها الإستراتيجية. وتعرّف الثقافة التنظيمية بأنها المحصلة الجماعية للطريقة التي يفكر بها العاملون في المنظمة، والطريقة التي يشعرون بها حيال بعضهم، وحيال متلقي الخدمة والموردين، والخدمات المقدمة. وتعد ثقافة السلامة جزءاً من تكوين ثقافة المنظمات، حيث يتبنى كل موظف بغض النظر عن موقعه التنظيمي دوراً نشطاً في منع الخطأ والضرر وتقوم المنظمة بدورها بدعم وتعزيز قدرات الأفراد والوحدات على تقديم رعاية آمنة. وتجسد ثقافة السلامة مقدار الأهمية التي يوليها كل فرد ومجموعة عمل في كل مستوى تنظيمي في المنظمة لسلامة الموظف والمستفيد. لذلك يعد تأسيس ثقافة

تكرس الجودة والسلامة ضرورة أساسية لتحقيق أهداف الرعاية الصحية وأثرها الإيجابي في المجتمع.

وفي هذا الفصل تتم مناقشة مفهوم ثقافة السلامة ومقوماتها وآليات قياسها، ودور القيادات التنظيمية في تأسيس ودعم وتطوير ثقافة تنظيمية تعد جودة الأداء وسلامة المرضى أولوية إستراتيجية.

مفهوم ثقافة السلامة:

اهتمت أدبيات الجودة والسلامة بدور الثقافة التنظيمية في دفع أو إعاقة جهود التحسين في إطار ما يعرف بـ «ثقافة السلامة» أو (Safety Culture). ويرتبط مفهوم ثقافة السلامة بمفهوم الثقافة التنظيمية، والتي تشير إلى القيم المشتركة والمعايير والافتراضات الضمنية للأعضاء داخل المؤسسة والنتائج عن التفاعلات بين الأفراد (الجوانب النفسية)، والوظيفة (الجوانب السلوكية) والمنظمة (الجوانب الظرفية) (Cooper & Phillips, 1995). تتشكل الثقافة التنظيمية وفق القيم والمعتقدات والمبادئ الأساسية التي يكونها الأفراد داخل منظماتهم وبيئاتهم، والتي تدفع بسلوكيات معينة لكي تسود في المنظمة، وتمنع سلوكيات أخرى من الانتشار. تؤثر القيم والمبادئ التي يعتنقها الأفراد في المنظمات بشكل قوي ومباشر في سلوكهم وأدائهم لأعمالهم وعلاقاتهم برؤسائهم ومرؤوسيهم وزملائهم ومتلقي الرعاية. وتعكس هذه القيم والمعتقدات درجة التماسك والتكامل بين أعضاء المنظمة، وقدرة المنظمة على ترسيخ مبادئ وأخلاقيات مهنية وقناعات أساسية تكون المحرك لجهود التحسين المستمر على جميع المستويات.

وتعرف ثقافة السلامة بأنها «مجموعة من المعتقدات والعادات والمواقف والأدوار والممارسات الاجتماعية والفنية التي تسهم في الوقاية من تعرض العاملين والعملاء والجمهور للخطر أو للضرر» (Turner, Pidgeon, Blockley, & Toft, 1989). وتعد ثقافة السلامة حصيلة القيم الفردية والجماعية والاتجاهات والمهارات وأنماط السلوك التي تحدد درجة الالتزام والإتقان لأسس ومبادئ الأمن والسلامة في المنظمة (Health and Safety Commission, 1993). وتعكس ثقافة السلامة التكامل الحاصل بين الفرد والسلوك التنظيمي استناداً إلى الاعتقادات والقيم المشتركة التي تهدف إلى منع وقوع الضرر الناتج عن تقديم الرعاية. وترتبط ثقافة السلامة بالالتزام الأفراد والجماعات بمسؤوليتهم عن السلامة، والعمل من أجل الحفاظ عليها، والتواصل حول

المخاوف المتعلقة بها، والسعي الحثيث للتعليم وتكييف وتعديل أساليب العمل (سواء على الصعيد الفردي أو التنظيمي) بناءً على الدروس المستفادة من الأخطاء.

ويميز البعض بين مصطلحي «مناخ السلامة» "Safety Climate" و «ثقافة السلامة» "Safety Culture" إذ يقصد بمناخ السلامة انطباعات الأفراد عن جوانب السلامة في بيئة عملهم (على سبيل المثال السياسات والإجراءات) عند نقطة معينة من الزمن. أي أن مناخ السلامة يقيس الحالة الراهنة لثقافة السلامة، رهناً للقواسم المشتركة للتصورات الفردية. فهو إذا يشير إلى الحالة المتصورة للسلامة أو الصورة الذهنية حيالها في مكان معين وفي وقت معين.

ترتكز ثقافة السلامة في المنظمات الصحية ذات الموثوقية العالية على عدة مقومات مهمة نوردتها فيما يلي:

١. الاعتراف بدرجة المخاطر العالية والاستعداد الطبيعي في أي منظمة لحدوث خطأ.

٢. القناة المشتركة بأنه وعلى الرغم من أن تقديم الرعاية الصحية محفوف بالمخاطر فإن بالإمكان إعادة تصميم الإجراءات بما يكفل تقليل الخطر ومنع وقوع الضرر.

٣. الالتزام التنظيمي بتوفير جميع الموارد اللازمة لاكتشاف ودراسة وتحليل جميع الأحداث الضائرة الفعلية، إضافة إلى الأضرار الوشيكة الحدوث، بهدف بحث أوجه القصور والتعلم منها ونشر المعرفة المكتسبة لضمان عدم تكرار الخطأ.

٤. إيجاد بيئة غير عقابية تقوم على إدراك مشترك بأهمية التبليغ عن الأحداث الضائرة الفعلية والوشيقة بهدف التعلم والتحسين المستمر، وليس بهدف توجيه اللوم أو العقوبة.

دور الثقافة التنظيمية في تعزيز السلامة:

تعدّ الثقافة التّظيميّة من أبرز الموضوعات التي حظيت باهتمام الباحثين في مجال الجودة والأداء التنظيمي في السنوات الأخيرة على اعتبار أنّ ثقافة المنظمة من أهم محدّدات نجاحها وتحقيق أهدافها. وتمثل الثقافة التنظيمية القاعدة التي تنطلق منها جهود التحسين المستمر في المنظمات، لذلك يعدّ التغيير الثقافي نحو تطبيق مفاهيم ومبادئ الجودة والسلامة إستراتيجية ضرورية لإحداث تغيير جذري

في أنماط التفكير والاتجاهات والسلوكيات على المدى الطويل (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999).

وقد حظيت الظاهرة الثقافية في المنظمات الصحية بالاهتمام بهدف التعرف على ماهيتها وخصائصها وكيفية تغييرها بصورة تجعل المنظمة قادرة على التكيف مع متغيرات البيئة الداخلية أو الخارجية من أجل الحفاظ على استقرارها وزيادة فعاليتها وتحقيق أهدافها. وتتميز المنظمات التي تتمتع بثقافة إيجابية حيال السلامة بالتفاعلات الانسانية القائمة على الثقة المتبادلة، وبالإدراك المشترك لأهمية السلامة، والثقة في فاعلية التدابير الوقائية في مواجهة مشكلات الأداء. كما يعد توافر مناخ عام للسلامة يسعى إلى ترسيخ الممارسات الفعالة وتشجيع الالتزام بها، فضلاً عن استمرار التعلم من الأخطاء - ركيزة مهمة للأداء الآمن (Hoffman and Mark, 2006). يؤدي استخدام أساليب تعزيز ثقافة السلامة ومنها العمل الجماعي، والتدريب، والاتصال الفعال، وجولات القيادات إلى تعزيز الممارسات الآمنة داخل منظومة الرعاية الصحية (Weaver, Lubomksi, Wilson, Pfoh, Martinez, Dy).

وقد وجدت الدراسات أن السلامة في المنظمات الصحية متوازنة مع السلامة في مجال الطيران نظراً لتقارب أنماط العمل في القطاعين من حيث الاعتماد على العمل الجماعي وسلامة الاتصال والقدرة على صنع القرارات في الأوقات الحرجة. ومما يعزز من سلامة الرعاية الصحية وجود قيادة فاعلة تدرك أن بيئة الرعاية الصحية تتسم بدرجة عالية من المخاطرة، وتعمل بالمشاركة مع العاملين لتحقيق التوافق بين رؤيتها التنظيمية وكفاءة العاملين والموارد المتاحة (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999). ويساعد العمل الجماعي والتعاون والتواصل المفتوح بين المديرين والعاملين والاحترام المتبادل والمرونة على إيجاد مناخ صحي يعزز الرعاية الآمنة. وكلما عززت الثقافة التنظيمية من حرص مقدمي الرعاية على الاطلاع على المستجدات العلمية والرعاية الصحية المستندة إلى البراهين والدلائل باعتبار ذلك حقاً للمريض كلما ارتفعت درجة الوثوقية التنظيمية فيها. وتتمتع المنظمات ذات الوثوقية العالية بحرص تنظيمي على التعلم من الأخطاء وتأسيس ثقافة التعلم والتبليغ عن الأخطاء وتجربتها عن الأفراد باعتبارها فرصاً للتعلم التنظيمي (Tamuz & Harrison, 2006). كما تمثل العدالة أحد أهم القيم التي تميز ثقافة السلامة، حيث تعد الأخطاء انعكاساً لفشل النظام وليس بالضرورة لفشل الأفراد، وهذا بدوره يدعم تقديم رعاية آمنة. وفي ثقافة السلامة يعد المريض أو المستفيد من الرعاية محور جميع الجهود التنظيمية

ومحل تركيز مقدمي الرعاية بجميع فئاتهم. ومع أن ثقافة السلامة ليست العامل الوحيد المؤثر في السلامة في المنظمات، إلا أنها تلعب دوراً كبيراً في تشجيع الناس على التصرف بشكل آمن وترسيخ الالتزام بمقتضيات السلامة. لذلك يُعد وجود ثقافة تنظيمية تقوم على قيم السلامة القاعدة التي تستند إليها جميع جهود السلامة وبرامجها، ويؤثر غياب هذه الثقافة أو ضعفها في محصلة هذه الجهود ومدى تحقيقها لثمارها بتقديم رعاية آمنة.

العوائق الثقافية لتحقيق السلامة في المنظمات الصحية:

يصطدم الكثير من المفاهيم الحديثة للسلامة وإدارة الجودة مع بعض القيم السائدة وأساليب التفكير والقناعات والمسلّمات المتأصلة في ثقافة المنظمات الصحية، وهذا يؤدي بطبيعة الحال إلى إيجاد درجة عالية من المقاومة لمجهودات الجودة والسلامة ويسهم في فشلها أو عزلها وتركيزها على بعض جوانب النشاط دون غيرها. وسنورد فيما يلي أهم العوائق الثقافية لتحقيق السلامة في المنظمات الصحية.

١. نمط السلطة:

تتمركز السلطة في المنظمات الصحية لدى الأطباء مما لا يدع مجالاً واسعاً للفئات المهنية الأخرى للمشاركة في إبداء الرأي وصنع قرارات التحسين. ويؤكد (Shortell, 1995) أن الثقافة قد تكون أهم العوامل التي تعيق مجهودات التحسين المستمر في المنظمات الصحية، فهذه المنظمات من وجهة نظره تنظر إلى نفسها أولاً أي أنها تفكر في احتياج مقدمي الرعاية (الأطباء) أكثر من احتياج المستفيد (المريض)، ويضيف أن نمط السلطة في هذه المنظمات لا يسمح للعاملين فيها من غير الأطباء بالمشاركة بإبداء الرأي أو اقتراح تغيير الكيفية التي يتم بها أداء العمل. لذلك فإن ثقافة السلامة تتطلب التخلص من نمط السلطة التقليدي وتمكين العاملين بتعزيز قدرتهم على المشاركة في صنع القرارات، وبخاصة ما يتعلق منها بتطوير أساليب العمل.

٢. أسطورة المثالية أو الكمال:

تنتشر في الأوساط الطبية قناعة بأن مقدمي الرعاية الأكفاء لا يرتكبون الأخطاء، وأن الأخطاء تحدث نتيجة للإهمال والتقصير. لذلك طالما سادت في المجال الطبي ثقافة "الكمال" والتي تفترض أن مقدمي الرعاية المتميزين معصومون من الخطأ، وإن وقع أحدهم في خطأ فإن ذلك غالباً بسبب أنه دون المستوى المطلوب للممارسة المهنية.

وتؤدي هذه الثقافة إلى إلحاق العار بمقدمي الرعاية في حال ارتكاب خطأ، وتغفل أن "كل أبن آدم خطأ"، وهي الرسالة التي سعى تقرير "To Err is Human" إلى تعزيزها. وتعكس الأخطاء التي تقع وتضرر أو لا تضر بالمرضى وجود مشاكل متعددة في منظومة الرعاية الصحية، إلا أن بعض مقدمي الرعاية يفضلون عدم الاعتراف أو حتى مناقشة الأحداث السلبية التي تسببوا فيها تجنباً للإحراج أو اللوم أو العقوبة (Edmondson 1996). وتدعم هذه الثقافة التقليدية توجيه اللوم والتشهير بمرتكبي الأخطاء وفرض العقوبات عليهم (Leape 1994). ولا شك أن مثل هذه الثقافة لا تساعد على تحقيق السلامة، بل تؤدي إلى وجود بيئة عمل غير مواتية للتعلم من الأخطاء ولا تساعد على منع تكرار هذه الأخطاء مستقبلاً.

يفضل هذا المنظور حقيقة مهمة وهي أن الأخطاء والحوادث تحدث مع أفضل الممارسين، مهما توخوا الحيطة والحذر، وذلك نتيجة لعوامل مرتبطة بالسياق التنظيمي الذي تقدم فيه الرعاية. تمنع هذه القناعة وجود مناخ تنظيمي يشجع على التواصل المفتوح وتبادل المعلومات بشفافية حيال الأخطاء بهدف التعلم منها وتحسين الأداء.

٣. تطبيع الانحرافات (Normalization of Deviance):

في كثير من الأحيان يصبح الخطأ والقصور والانحراف أمراً مألوفاً وطبيعياً لدرجة أنه لا يلفت الانتباه، ولا يتم التبليغ عنه، أو تصحيحه. وتسمى هذه الظاهرة «تطبيع الانحرافات»، ولوحظ أنه كان سبباً للعديد من الأخطاء والحوادث التنظيمية الكبيرة. على سبيل المثال نقص المعدات والمواد الضرورية للأداء قد يصبح أمراً مألوفاً حتى يعتاد عليه العاملون، بل ويلجؤون لتغطية ذلك القصور بطرق اجتهدية اعتقاداً منهم أن ذلك هو المطلوب منهم، وأن الإبلاغ عن النقص قد يكون من قبيل التذمر وسوء التصرف. يؤدي تطبيع الانحرافات إلى جعلها تتكرر حتى تصبح أمراً معتاداً، ولا يتم اعتباره عامل خطورة، إلى أن تقع كارثة ما تفضح فداحة ذلك القصور وآثاره العميقة. أشارت (Vaughan, 1996) إلى أن ضغوط الإنتاج والقيود المفروضة على استخدام الموارد تصبح مع الوقت أمراً مؤسسياً يؤثر على ممارسات الأفراد. تؤثر هذه القيود بشكل أو بآخر على المنظمة وعلى قراراتها وتؤدي إلى تكييف رؤية الأفراد لها على أنها أمر «طبيعي». ويقوم الأفراد في الظروف العادية بتطبيع علامات الخطر المحتملة، ويقولون لأنفسهم: إن النقص لم يؤد إلى أي مشكلة، بل على العكس استفادت المنظمة بتوفير مواردها وتخفيض تكاليفها. ومع مرور الوقت يتكيف الأفراد مع العمل في ظل

هذه القيود إلى أن يقع حادث غير متوقع يبين وجود الانحراف وتجذره في أساليب العمل وثقافة المنظمة. لذلك فإن بناء ثقافة تنظيمية داعمة للسلامة يقتضي القضاء على النزعة إلى تطبيع الانحرافات.

٤. السرية الهيكلية (Structural Secrecy):

تعد السرية الهيكلية إفرازاً طبيعياً للبيروقراطية والطبيعة الاجتماعية للتقيد التنظيمي (Organizational Complexity) والذي يجعل العاملين في جهة معينة في المنظمة لا يعلمون ما يجري في الجهات الأخرى من ذات المنظمة. وتعرف (Vaughan, 1996) السرية الهيكلية بأنها العوامل البيئية والتنظيمية والعمليات وجميع التبادلات التي تُخل بالقدرة على فهم مجريات الأمور داخل المنظمة. فكلما كبرت المنظمة وتعددت نشاطاتها كان من الصعب على العاملين فيها متابعة ما يجري في مختلف إداراتها. ويحدث ذلك بسبب تباعد المسافات، بمعناه المكاني والاجتماعي، مما يؤدي إلى تقليص قدرة الإدارات على معرفة ماذا يجري وأين؟ ومواكبة المستجدات في الإدارات الأخرى. كما يعد التخصص وتقسيم العمل عائقاً للفهم المشترك، إذ لا يعرف العاملون في قسم معين ما يجري في الأقسام الأخرى، نظراً لعدم توافر المعرفة التخصصية لطبيعة العمل فيها. وعندما تضع المنظمات إجراءات وخطط مركزية هادفة إلى معالجة قضايا السلامة، لابد من إدراك أن تطبيقها على المستوى المحلي -أي على مستوى الإدارات- قد يختلف من وحدة تنظيمية لأخرى. وقد يتم تكيف هذه الخطط والإجراءات وفق رؤى الأعضاء في كل إدارة بشكل مختلف. والذي يحدث بعد ذلك، أن هذه التعديلات المحلية على خطط وإجراءات السلامة تتحرف تدريجياً عن مسارها الأساسي. هذا الانحراف يخل بقدرة المنظمة على التعامل مع الحوادث والأحداث الضائرة كوحدة واحدة متجانسة وبتكامل وتنسيق وباستخدام لغة واحدة. يحدث ذلك بالدرجة الأولى بسبب السرية الهيكلية، فلا يُعرف إلا أقل القليل داخل المنظمات عن التعديلات التي تجريها الإدارات والأقسام على البروتوكولات والإجراءات المركزية للسلامة. وبالتالي تتحرف تدريجياً وتبتعد عن الخطط الأساسية، والإجراءات المركزية المحددة والمُلزمة للجميع والتي لا يفترض تغييرها. ويتحقق هذا الانحراف المحلي عن الرؤى التنظيمية بدايةً بشكل منطقي نوعاً ما، إلى أن يصبح الانحراف «طبيعياً» ومألوفاً إلى درجة ألا يتوقع أحد وقوع الخطر الكامن في القبول التدريجي لهذا الانحراف و«تطبيع» داخل مجموعة العمل. وفي وقت الأزمات تظهر خطورة ابتعاد الممارسات المحلية عن التصميم الأساسي، حيث تفقد فرق العمل لغتها المشتركة والتي تُعد أساس التعامل

في أوقات الأزمات للتسويق السريع والتكامل في الأدوار. وتزداد خطورة ذلك عندما يكون هناك «اقتران محكم» بين مهام فرق العمل أو الإدارات. ففي أوقات الأزمات لايسمح الوقت لفرق العمل بأن تحاول فهم بعضها، بل يُفترض أن تجمعها لغة مشتركة وإجراءات موحدة وتكامل وتسويق محكم. وهذا ما تتسم به فرق الاستجابة السريعة التي يتم استدعاؤها من مختلف الإدارات للتعامل مع الحالات الحرجة والتي تعمل وفق مبدأ «الاقتران المحكم»، ويفترض ألا تسمح بأي انحراف في إجراءات العمل عن التصميم المركزي، وأن تتقيد بها بدقة متناهية. لذلك تستعى ثقافة السلامة إلى التغلب على السرية الهيكلية وبناء منظومة من القيم والمبادئ والممارسات والقناعات المشتركة بحيث تتجاوز الحواجز القائمة بين الوحدات والإدارات والتخصصات.

٥. الاستقلالية المهنية (Professional Autonomy):

تمتع الأطباء تاريخياً بدرجة عالية من الاستقلالية المهنية والحرية المطلقة في الممارسة وفقاً للثقة المهنية التي يتمتعون بها. وتمثل الجهود الداعية لتحسين جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى شيئاً من التدخل في عمل الأطباء وتفرض قيوداً على استقلالياتهم التاريخية. ويؤكد ذلك (McLaughlin, and Kaluzny, 1990) إذ يشير إلى أن هناك تناقضاً بين إدارة الجودة وبين الكثير من المسلمات المتعلقة باستقلالية الأطباء، فإدارة الجودة تمثل تحدياً حقيقياً للطريقة التي يفكر بها الأطباء في الجودة والطريقة التي يقيمون وينظمون بها أنفسهم ويحصلون ويحمون بها استقلالياتهم. لذلك فإن أي محاولة لتطبيق أنظمة الجودة والسلامة المستخدمة في القطاعات الصناعية والتجارية على المنظمات الصحية تستلزم إيجاد تحول جذري في ثقافتها، وبخاصة الثقافة المهنية للأطباء لتقبل التوضيح بشيء من الاستقلالية المهنية في سبيل دعم جهود تحسين الأداء والقضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية (Clinical Variations).

٦. الثقافات الفرعية:

تتسم المنظمات الصحية بوجود ثقافات فرعية ذات خصوصية واضحة (Subcultures) كثقافة الأطباء والتي تملك نفوذاً قوياً واستقلالية في اتخاذ القرار، ولها رؤية خاصة حول ما يجب أن تكون عليه الأمور (Zabbar et al, 1998). وكذلك تتوقع الفئات المهنية الأخرى حول ذاتها معززة بذلك الحواجز الثقافية بين فئات

العاملين داخل هذه المنظمات والتي تعيق التواصل المفتوح والعمل المشترك. وتتميز المنظمات الصحية بالتنوع الثقافي للعاملين فيها إضافة إلى تنوع خلفياتهم المهنية نتيجة لاستقدام عاملين من دول أخرى. ويؤدي هذا التنوع الثقافي بسبب تعدد جنسيات العاملين واختلاف عاداتهم وقيمهم ولغاتهم إلى جانب اختلاف خلفياتهم العلمية والمهنية وبرامج التدريب التي خضعوا لها إلى عدم وجود لغة مشتركة وتفاهم موحد، مما يمثل عائقاً كبيراً للاتصال، وتحدياً هاماً لمجهودات السلامة، ومصدراً لاختلافات الممارسة الإكلينيكية. لذلك تهدف جهود التحسين إلى إيجاد ثقافة مشتركة قادرة على التغلغل في الثقافات الفرعية لإيجاد لغة مشتركة ورؤى موحدة تجاه السلامة والعوامل المؤثرة فيها.

عناصر ثقافة السلامة:

تتعدد الآراء حول ماهية مقومات وعناصر الثقافة التنظيمية الداعمة للسلامة في المنظمات الصحية، إلا أن هناك اتفاقاً على ضرورة توفر عدة عناصر حاسمة في الثقافة التنظيمية الواعية حيال السلامة، نوردتها فيما يلي.

١. ثقافة التبليغ والإفصاح:

يتجاوز دور مقدم الرعاية مجرد تقديم الخدمات للمريض ليشمل الالتزام الأخلاقي والقانوني بتوضيح المخاطر والفوائد والعلاجات البديلة. ولا بد أن يُطبع اهتمام مقدمي الرعاية بالسلامة والواجب المهني بالأمانة والصدق والالتزام، وألا ينطلق هذا الاهتمام من اعتبارات المصلحة الشخصية والحساسية والخوف من المساءلة عن الأخطاء، وإنما من منطلق الحرص على سلامة المريض بالدرجة الأولى. كما أن على مقدمي الرعاية التزاماً أخلاقياً وأدبياً للكشف عن المعلومات المتعلقة بالأخطاء الطبية، والتبليغ عن الأخطاء للجهات المختصة داخل المستشفى والإفصاح عنها للمرضى وذويهم. وتدعو الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية إلى توثيق الأحداث السلبية أو التي تستوجب الحذر (sentinel events)، وتؤكد على ضرورة رصدها وتحليل الأسباب الجذرية المؤدية لوقوع هذه الأحداث (Joint Commission, 2007). وتتجلى الأطر الأخلاقية لمقدمي الرعاية والمنظمة ككل عادةً عند ارتكاب الأخطاء أو وقوع الحوادث، وعندما يتم التعامل بوضوح وشفافية مع الأخطاء فهذا سيؤدي بدون شك إلى تعزيز ثقة المرضى والممارسين الآخرين في منظومة الرعاية الصحية، والعكس

صحيح. وتحمل منظمات الرعاية الصحية مسؤولية بدورها نظير ثقة المرضى وذويهم بأن مقدمي الرعاية سيقومون برعايتهم على أكمل وجه وبأمانة تامة. أما إذا حاول مقدمو الرعاية إخفاء الأخطاء والتفاضي عنها، فهي لن تظل خفية للأبد، بل ستؤدي حتماً إلى المساس برسالة الرعاية الصحية، والإخلال بالثقة التي يضعها المجتمع في الأنظمة الصحية (IOM, 2001). فهذه المنظمات لديها بطبيعة الحال التزام أخلاقي بالاعتراف بالأخطاء وحماية حقوق المرضى والوفاء بجميع التزاماتها تجاههم. وعندما تنزع ثقة المرضى وذويهم والمجتمع ككل في نظم الرعاية الصحية تنشأ علاقات الشك والخصومة. وبالمثل فإن إبدال مبدأ الإخلاص والصدق بالخداع يؤدي إلى زعزعة العلاقات بين المريض ومقدم الرعاية، بينما يقوي الإخلاص والثقة علاقة المريض بمقدم الرعاية ويُعزز خطة العلاج.

٢- ثقافة العدالة (Just culture):

قدم دايفيد ماركس وزملاؤه مصطلح ثقافة العدالة، والذي يقوم على فكرة جوهرية محورها أن النظام القائم على أساس معاقبة مقدمي الرعاية على أخطائهم لا يساعد على تعزيز سلامة المرضى والوقاية من الأخطاء والحوادث (Marx, 2001). وتتجسد العدالة في قدرة المنظمة على التعامل مع الأخطاء وفق منظور النظم الذي يركز على الأسباب التنظيمية دون توجيه اللوم للأفراد، وذلك بهدف مناقشتها والتعلم منها. ولكن مع الأسف فإن منظومة الرعاية الصحية في وضعها الحالي تميل لتوجيه اللوم لمقدمي الرعاية تلقائياً وتعاقبهم بشكل مباشر أو غير مباشر (Marx, 2001). ويحد هذا الأسلوب العقابي من الشعور بالعدالة بين العاملين، مما ينعكس سلباً على الشفافية في التواصل حيال الأخطاء والحوادث. وتعزز ثقافة العدالة شعور مقدمي الرعاية بالدعم والأمان، فلا يترددون في الإبلاغ عن الأخطاء والحوادث وتقديم آرائهم بحرية حول مسبباتها وسبل منع تكرار حدوثها مستقبلاً. ولا تشترط ثقافة العدالة عدم توجيه اللوم بشكل مطلق، ولكنها تتطلب إيجاد جو من الثقة يشجع العاملين على تقديم المعلومات المتعلقة بالسلامة، وفي الوقت نفسه تحديد الخط الفاصل بين السلوك المقبول وغير المقبول (Marx, 2001). لذلك يمثل الهدف الأول لثقافة العدالة في المحافظة على السلامة والاعتمادية وتعزيز المحاسبة والمساءلة. وتتطلب ثقافة العدالة وجود قيادات تنظيمية قوية تأخذ في الاعتبار جميع الأمور التي تثير قلق العاملين في المنظمة، وتعمل معهم لتحديد فرص التحسين ومواطن الخلل، وتتعامل مع الأخطاء وفق حجمها الطبيعي وبلا مبالغة. وتقع على عاتق

القيادات مسؤولية بناء الرؤية المشتركة مع العاملين والالتزام بدعم جهود السلامة في جميع مراحلها وترجمة الأقوال إلى أفعال، والحرص على مكافأة العاملين الملتزمين بالسلامة حتى لو ارتكبوا خطأ طالما كان ذلك عن غير قصد أو إهمال. ومن أكثر الطرق فاعلية في تعزيز هذه البيئة هي مكافأة الإدارات الوسطى على تقديم تقارير الوقائع (تقارير الحوادث). ومما يساهم في تعزيز ثقافة العدالة مشاركة العاملين نتائج تحليل البلاغات وإبلاغهم بالقرارات التطويرية التي تم اتخاذها بناء عليها. وبالتالي تحمّل ثقافة العدالة المديرين والعاملين مسؤولية التبليغ عن الأخطاء والحوادث وتعزيز موثوقية عمليات الإبلاغ والالتزام بها.

٣- ثقافة التمكين والمشاركة:

تدعو ثقافة التمكين والمشاركة إلى احترام خبرات ومهارات وقدرات العاملين في الصفوف الأولى وإعطائهم الصلاحيات للتصرف الفوري بما فيه صالح العمل. وتتيح المرونة لهؤلاء العاملين حرية التعبير عن الرأي والتواصل فيما يتعلق بقضايا السلامة. وعموماً تساهم ثقافة المشاركة في تعزيز التواصل عبر المستويات التنظيمية بشكل مستمر بعيداً عن الأطر والقيود التقليدية في سبيل الارتقاء بسلامة المرضى. ويتضمن التمكين العمل على تفويض الصلاحيات وتوفير المعلومات وتقبل الأخطاء مادام أدى ذلك إلى تعزيز التعلم وتغيير الممارسات للأفضل.

٤- ثقافة التعلم:

تأسيس آليات التعلم التنظيمي، واستخدام الأدوات التحليلية المختلفة لتحديد المخاطر المحتملة والوقاية منها، وإدراك أن العاملين شركاء في عملية التحسين، والسعي لاستخلاص استنتاجات سليمة حيال السلامة من خلال نظام المعلومات، ووجود إرادة قوية لإجراء إصلاحات جذرية. ويؤكد تقرير الاتحاد العالمي لسلامة المرضى والمنبثق عن منظمة الصحة العالمية أن من العناصر المهمة لضمان تأسيس عملية مستمرة وفعالة لتحسين الجودة تعزيز بيئة التعلم المستمر الخالية من توجيه اللوم، وتشجيع العاملين على التعلم من أخطائهم وتجنب تكرارها في المستقبل (WHO, 2008). ويهدف التعلم التنظيمي إلى تعزيز الرغبة والحرص لدى مقدمي الرعاية على تطوير مهاراتهم ومعارفهم ومواكبة أهم المستجدات في تخصصاتهم والعمل على تضمينها في ممارساتهم اليومية. وسنتناول لاحقاً مفهوم التعلم التنظيمي وسبل تفعيله وأهم معوقاته بشيء من التفصيل في فصل خاص.

٥. ثقافة غير عقابية (Non Punative Culture):

تمثل القناعة بأن أفضل الممارسين قد يرتكب أسوأ الأخطاء قاعدة أساسية ترتكز عليها مبادئ السلامة، لذلك فإن توجيه اللوم ومعاقبة المخطئين لن يؤدي بالضرورة إلى تعزيز السلامة مستقبلاً، بل قد يخل بفرص الاستفادة من التجربة والتعلم من الخطأ ويعزز ثقافة الخوف (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999). لذلك فإن على المنظمات الصحية القضاء على النزعة «التلقائية» لإلقاء اللوم على الأفراد، وإدراك أن مشاكل الأداء نادراً ما تكون نتيجة لخطأ فردي، لذلك ستستمر المشاكل حتى ولو تم تغيير الأشخاص أو معاقبتهم ما لم يتم تغيير النظام المعمول به والتخلص من الأسباب الجذرية للخلل. وتتطلب ثقافة السلامة تهيئة مناخ تنظيمي منفتح حيال الأخطاء والحوادث، وتأسيس بيئة غير عقابية وخالية من اللوم بحيث يكون العاملين فيها على استعداد للتبليغ عن الأخطاء والحوادث الفعلية أو الوشيكة بهدف منع تكرارها (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999). كما أن على المنظمات الصحية تأسيس آليات مؤسسية لتحليل الأخطاء والحوادث بشكل منهجي وتوفير التغذية المرتدة للموظفين لتوضيح الإجراءات التي تم اتخاذها حيال هذه الأخطاء. ولكن الحاصل وفقاً للثقافة السائدة في القطاعات الصحية أن الأخطاء والحوادث الضائرة توجد إحساساً بالعار والذنب لدى مقدمي الرعاية، وقد يترتب على ذلك ضغوط نفسية قد تتطور إلى مشكلات أكبر مما ينعكس سلباً على رعاية المرضى في المستقبل، ويؤدي إلى ارتكاب المزيد من الأخطاء. وقد يجد مقدمو الرعاية الصحية المتورطون في الأخطاء أنفسهم في مواجهة مزيج من تأنيب الضمير الناجم عن القيم الفردية والأخلاقيات المهنية والثقافة المؤسسية وبيئة العمل التي تركز في كثير من الأحيان الشك والعزلة. لذلك ينبغي التخلص من الثقافة التقليدية القائمة على مبدأ المسؤولية الفردية لمقدم الرعاية والتي تسعى لتوجيه اللوم وربما العقاب متجاوزة الأسباب التنظيمية للخطأ وأهمية التعلم منه (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999).

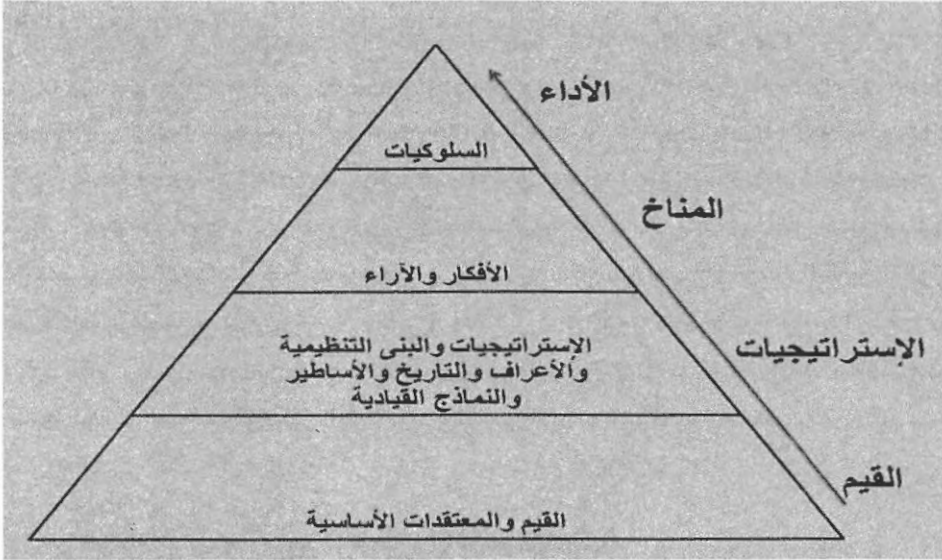
ويساعد التواصل المفتوح والتفاعل مع الزملاء والمشرفين على تمكين مقدمي الرعاية من تجاوز محنة ارتكاب خطأ. إلا أن الثقافة التنظيمية السائدة في القطاعات الصحية لا توفر الدعم والتواصل المطلوب بين مقدمي الرعاية والزملاء والرؤساء إلا بشكل

عشوائي وليس من خلال منهجيات وآليات مؤسسية موجهة لهذا الغرض (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999). ولا تزال الجهود الرامية إلى تحسين جودة الرعاية الصحية تركز على المستوى الفردي، وليس على المستوى التنظيمي. لذلك ينبغي تبني منهجيات مؤسسية لدعم مقدمي الرعاية تشتمل على نشاطات رسمية وغير رسمية. ويمكن للنهج الرسمي أن يتضمن استخدام أدوات تحليل الأخطاء وفي الوقت ذاته اتخاذ التدابير التي تهتم بالجوانب النفسية. على سبيل المثال تطبق بعض المنظمات الصحية برامج لدعم مقدمي الرعاية المتورطين في الأخطاء الطبية تتكون من مناقشات جماعية وفردية، وتقديم المشورة الفردية، وتحليل الأسباب الجذرية. ولا بد أن تجمع هذه الجهود بين عناصر طوعية والزامية ضمن آلية منظمة تتلمس الاحتياجات الخاصة لمرتكبي الأخطاء وتقيس استجاباتهم وتجاوزهم للأثار السلبية وتداعيات ارتكاب الأخطاء.

بناء ثقافة تنظيمية معززة للسلامة:

قبل التفكير في تغيير ثقافة المنظمة يجب أولاً فهم الثقافة الحالية، من خلال النظر إلى ثقافة السلامة باعتبارها بناءً هرمياً كما يوضح الشكل رقم (٦-١). كل مستوى في هذا الهرم يدعم المستوى الذي يليه ويعززه. تمثل القيم والافتراضات والمسلّمات الغير قابلة للجدل قاعدة الهرم، تليها الهياكل التنظيمية والإستراتيجيات، والقيادة والسياسات والإجراءات، ثم مناخ السلامة السائد والذي يتجلى في مواقف وآراء منسوبي المنظمة، وأخيراً الأداء والذي يعكس السلوكيات الفعلية والنتائج المتحققة على صعيد السلامة. وبالتالي فإن تغيير الثقافة التنظيمية بما يحقق تغييراً ملموساً في السلوكيات ومن ثم في الأداء يتطلب البدء من قاعدة الهرم بتغيير القيم والمعتقدات، والعمل على تغيير الإستراتيجيات والهياكل التنظيمية وأدوار القيادات، مما يصنع بدوره تغييراً ملموساً في مناخ المنظمة وقناعات واتجاهات أفرادها، وهذا ينعكس في نهاية المطاف على الأداء والسلوك المرتبط بالسلامة وتقديم الرعاية الآمنة.

الشكل رقم (٦-١): هرم ثقافة السلامة.^(١)



تقع مسؤولية دعم ثقافة السلامة على قادة منظمات الرعاية الصحية من خلال الأقوال والأفعال والسلوكيات التي تجسد الالتزام بالسلامة. ويورد (Firth-Cozens 2000) عدداً من الإستراتيجيات التي ينبغي اتباعها لبناء ثقافة السلامة:

- رفع مستوى الوعي بالتداعيات والآثار السلبية لعدم أخذ المخاطر على محمل الجد. فهناك حاجة ماسة إلى توفير مزيد من المعلومات بصورة روتينية عن التكلفة البشرية والمالية للأحداث السلبية.
- التركيز على «الأخطاء الوشيكة» فضلاً عن الحوادث الفعلية إذ يساعد ذلك على تجريد الموقف من العاطفة، والسماح بالتعلم الفعال، والقضاء على ثقافة التكتّم على الأحداث الوشيكة، والتي قد يجد البعض أن من الأسهل إبقائها طي الكتمان وعدم التبليغ عنها.
- التأكيد من حرية التبليغ عن القضايا مثار القلق من دون خوف. فقد يخشى البعض أن يتم نيلهم أو إسكاتهم إن قاموا بالتبليغ عن الحوادث والأخطاء،

(1) Patankar MS, Sabin EJ, Bigda-Peyton, Brown JP, (2012). Safety culture: building and sustaining a cultural change in aviation and healthcare. Ashgate Publishing, Ltd.

لذلك لابد من تبني قواعد واضحة حول ما يجب أن يتم التبليغ عنه، واعتبار التبليغ عن الأخطاء سلوكاً حميداً وواجباً مهنيّاً.

- تجنب التحليل الكمي البسيط والمعتمد على الأرقام فقط، بل ينبغي أن يتم تحليل البيانات بشكل متعمق، وسرد قصص الأحداث السلبية وتأملها لكشف الدروس الكامنة فيها، وتوضيح الأبعاد الإنسانية للأخطاء.

- بناء فرق العمل كآلية فعالة لتغيير الثقافة التنظيمية، وربط فرق العمل بالهيكل الإداري للمنظمة لترسيخ التعلم التنظيمي.

- خلق فرص لتدفق المعلومات وبناء المعرفة باستخدام مجموعة واسعة من آليات التعلم مثل اجتماعات المراجعة بعد إنجاز المهام، والمراجعات الدورية (audit)، والتحقيق في المشكلات، وتقييم الأداء، والمحاكاة، والمقارنة المرجعية.

- تعزيز التواصل مع الجهات الخارجية لتحفيز التعلم ونقل المعرفة إذ يمكن أن تساعد تجارب الآخرين فرق العمل على التفكير خارج النطاق المألوف وتحدي الافتراضات القائمة.

- ضمان التواصل الفعال وتوفير التغذية المرتدة للعاملين في الخطوط الأمامية بحيث تعمل الفرق والمنظمات على تأسيس الاتصال ذي الاتجاهين وليس فقط الاتصال الرأسي، كما ينبغي أن يتم تفعيل قنوات الاتصال بحيث توفر التغذية المرتدة للعاملين حول التغييرات التي تمت نتيجة للتبليغ عن حادث أو عن حادث وشيك.

- إعطاء الجودة والسلامة مكانة رفيعة المستوى في المنظمة وعلى الصعيد الوطني لتأكيد أن السلامة والجودة هما الغاية الأساسية للمنظمة.

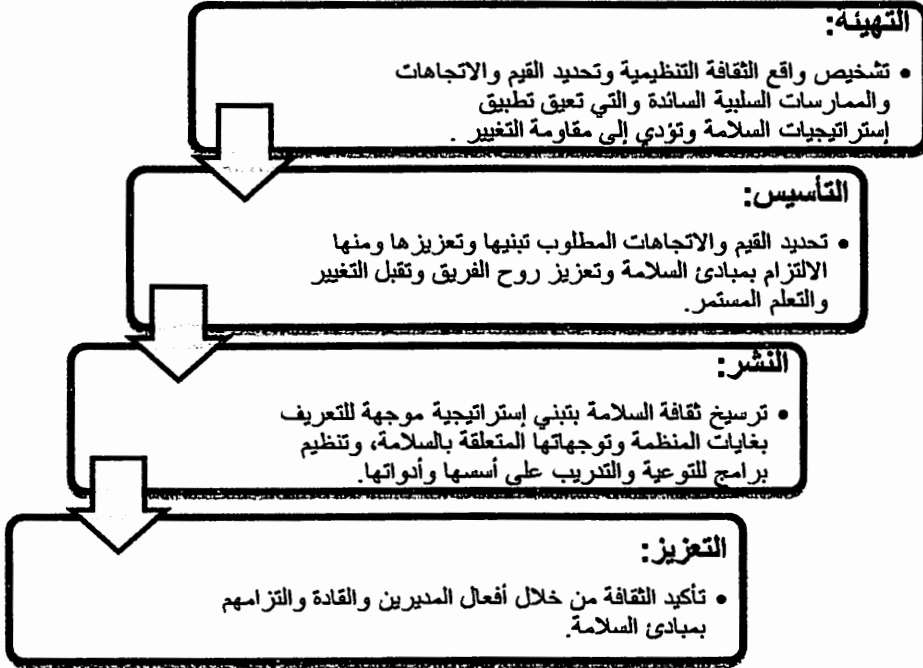
- تقدير مخاوف العاملين حيال التغيير والتأكيد على المكاسب الشخصية والتنظيمية المترتبة على التغيير، وعدم التركيز فقط على التهديدات التي أدت لإجراء التغيير.

ولإحداث تغيير في الثقافة التنظيمية وبناء ثقافة السلامة لابد من اتباع أربع مراحل كما هو موضح في الشكل رقم (٦-٢). وتتضمن هذه المراحل ما يلي:

- مرحلة التهيئة وذلك من خلال تشخيص واقع الثقافة التنظيمية، وتحديد القيم والاتجاهات والممارسات السلبية السائدة، والتي تعيق تطبيق إستراتيجيات السلامة وتؤدي إلى مقاومة التغيير.

- مرحلة التأسيس والتي تتضمن تحديد القيم والاتجاهات المطلوب تبنيها وتعزيزها، ومنها الالتزام بمبادئ السلامة وتعزيز روح الفريق وتقبل التغيير والتعلم المستمر.
- مرحلة النشر والتي تهدف إلى ترسيخ ثقافة السلامة من خلال تبني إستراتيجية موجهة للتعريف بغايات المنظمة وتوجهاتها المتعلقة بالسلامة، وتنظيم برامج للتوعية والتدريب على أسس وأدوات السلامة.
- مرحلة التعزيز والتي يتم فيها تأكيد ثقافة السلامة من خلال أفعال المديرين والقادة والتزامهم بمبادئ السلامة.

الشكل رقم (٦-٢): مراحل بناء ثقافة السلامة.



ويشير (Pronvost et al., 2003) إلى أن جهود تأسيس ثقافة السلامة يجب أن تستهدف ثلاث مجموعات: كبار القادة، وقادة فرق المشاريع، وموظفي الصفوف الأمامية لإحداث التحول المطلوب في المنظمات. ويرى أن على كل مجموعة أن تمر بعدة مراحل، بما في ذلك ما يلي:

- الالتزام: أي أن تلتزم القيادات بإحداث وتقبل التغيير وتحديد كيف سيسهم ذلك في المجتمع المحلي والمجتمع ككل.
- التنفيذ: وضع خطة للعمل، وإبراز الأدلة على أهمية التغيير، وتخصيص موارد كافية لتنفيذ الخطة.
- التقييم: قياس تأثير ما تم القيام به من خلال خطط قابلة للتنفيذ، وجمع البيانات للإجابة عن هذا السؤال: «كيف لنا أن نعرف أننا فعلنا فرقاً؟»

اللغة وثقافة السلامة:

تمثل المفردات المتداولة بين العاملين في المنظمة وفي أروقتها أحد مكوناتها الثقافية والتي تعكس القيم والقناعات السائدة فيها. لذلك فإن أحد العوامل المساعدة على بناء ثقافة السلامة تغيير اللغة المستخدمة واستخدام مصطلحات جديدة تتناسب والتغيير الثقافي المرجو تحقيقه. وعلى سبيل المثال فإن استخدام تعبير «فشل في النظام System Failure» للإشارة للأخطاء والحوادث بدلاً عن «حادثة استثنائية» يساعد على التفكير المنظومي، وتعزيز القناعة بأن العوامل الكامنة والمتراكمة في منظومة العمل تسبب الأحداث الضائرة، وأن هذه الأحداث لا تقع استثناءً أو بمحض الصدفة. كما أن من المناسب استخدام تعبير «التحليل» بدلاً عن «التحقيق»، حيث إن الهدف هو تحليل الأحداث الضائرة لفهم منظومة العمل، ومن ثم فهم مسببات الفشل الكامنة فيها والتي أدت إلى وقوع الضرر، بينما يحمل مصطلح «التحقيق» مضامين سلبية منها الاتهام وتوجيه اللوم. وينبغي العمل لاستخدام مصطلح «المسؤولية» بدلاً من «اللوم» حيث إن مقدمي الرعاية مسؤولون عن عملهم ونتائجه، وبالتالي فإن عليهم الإلمام بأهم المستجدات والسعي لاكتساب الخبرة والمهارة، وفهم منظومة العمل ككل، وإدراك أن احتمال وقوع الأخطاء وارد. لذا فإن مصطلح المسؤولية يعزز التوجه للتعلم من الأخطاء وتلافي وقوعها مستقبلاً، بينما يتمحور مفهوم «اللوم» حول إيجاد «كبش فداء» وتحميله جل المسؤولية. ولا بد من إدخال مصطلح «التعلم» ضمن المفردات المتداولة في المنظمة والتخلص من المفردات المرتبطة بثقافة اللوم وإطلاق الأحكام، إذ يتطلب بناء منظومة السلامة التزام المنظمة بالتعلم من الأخطاء، بينما تؤدي النزعة إلى إطلاق الأحكام إلى القضاء على عملية التعلم. وينعكس التفكير المنظومي في استخدام مصطلح «حادث أو فشل» عوضاً عن «خطأ بشري»، إن الحوادث تنتج عن خلل في منظومة العمل المعقدة، وليس بسبب أخطاء البشر. ولا شك أن اعتبار الحوادث نتيجة للخطأ البشري يقضي بدوره على فرص التعلم والتحسين.

قياس ثقافة السلامة:

يدرك المهتمون بالشأن الصحي أن ثقافة السلامة هي جوهر إستراتيجية السلامة، وأن تعزيزها يتطلب أساساً لعلاج القصور في منظومة سلامة المرضى. لذلك أدرجت الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية (JCAHO) تقييماً سنوياً لثقافة السلامة ضمن أهداف سلامة المرضى بدءاً من العام ٢٠٠٧. كما حث معهد الطب (IOM) في تقرير «كل ابن آدم خطأ» منظمات الرعاية الصحية على تنفيذ المبادرات التي من شأنها تحسين سلامة المرضى ومنها قياس ثقافة السلامة (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999). وعلى الرغم من الاهتمام المتزايد بثقافة سلامة المرضى، إلا أن تعريفها وقياسها يتمن بطرق ووسائل مختلفة. إلا أن هناك اتفاقاً على العناصر الأساسية لثقافة السلامة والتي ينبغي أن يتم قياسها. ويسترشد العاملون بالقواعد العملية والمبادئ التوجيهية والقيم والسلوكيات الخاصة بالسلامة والتي تضعها وتلتزم بها المنظمة ككل، ولا ينبغي أن تختلف من شخص لآخر ولا من وحدة لأخرى.

وتتمثل نقطة الانطلاق لتحقيق تحسن ملموس في ثقافة السلامة في إجراء تقييم للثقافة الحالية (أو المناخ) السائد في المنظمة لتحديد ما إذا كانت تؤثر على تقديم الرعاية الآمنة سلباً أو إيجاباً ولمعرفة كيف يحدث هذا التأثير. وتتوزع الأساليب المستخدمة في التقييم بين المقابلات الشخصية مع العاملين والمديرين واستخدام الاستبيانات من خلال الدراسات المسحية. وبعد إجراء المسوحات لتحديد المواقف والتصورات والقيم والسلوكيات التي تشكل ثقافة السلامة أحد أكثر الوسائل المتبعة في عملية قياس ثقافة سلامة المرضى. ففي جوهره يتبلور الجهد الحقيقي لتحسين السلامة في تحديد الأولويات ومعايير الأداء، وإجراء تغييرات تهدف إلى تحسين الخدمات الصحية، وقياس تأثير ذلك على جودة الرعاية. ويبدأ ذلك فعلياً بعد الاطلاع على نتائج الدراسة التشخيصية لثقافة السلامة.

وتشمل استطلاعات ثقافة السلامة عدداً من العبارات التي يقوم العاملون بالرد عليها باستخدام مقياس محدد مسبقاً (على سبيل المثال) «لا أوافق بشدة» و «أوافق بشدة». ومن الأمثلة على هذه الأدوات (١) The Patient Safety Culture Hospital (questionnaire2)، تتضمن الأداة ٤٢ بنداً تقيس ١٢ بعداً من أبعاد ثقافة سلامة المرضى وهي التالي:

(2) The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

- رد الفعل الإيجابي (غير العقابي) عند حدوث الخطأ.
 - الموارد البشرية.
 - التعاون والعمل الجماعي بين وحدات المستشفى.
 - المعدل العام لسلامة المرضى.
 - التواصل المفتوح.
 - تبديل وريديات العمل وتبادل المرضى بين وحدات المستشفى.
 - عدد الحالات السلبية المبلغ عنها.
 - دور الإدارات الإشرافية في تعزيز سلامة المرضى.
 - دعم الإدارة العليا لسلامة المرضى.
 - التغذية المرتدة وردود الفعل حيال حدوث الأخطاء.
 - روح العمل الجماعي داخل الوحدة.
 - التعلم التنظيمي/التحسن المستمر.
- وفيما يلي نموذج لبعض العبارات التي تشتملها هذه الأداة والتي تتم الاستجابة لها باستخدام مقياس ليكرت الخماسي المتدرج من «بشدة» إلى «بشدة»:
- لا يتم أبداً التضحية بسلامة المرضى لإنجاز المزيد من العمل.
 - لدينا إجراءات ونظم جيدة لمنع الأخطاء من الحدوث.
 - إنها مجرد صدفة أن أخطاء خطيرة لا تحدث هنا.
 - لدينا مشاكل متعلقة بسلامة المرضى في هذه الوحدة.
 - مشرفي/مديري يقول كلمة طيبة عندما يرى العمل يؤدي وفقاً للإجراءات المعمول بها في مجال سلامة المرضى.
 - مشرفي/مديري يأخذ اقتراحات العاملين لتحسين سلامة المرضى على محمل الجد.
 - كلما تراكم الضغط يدفعنا مشرفي/مديري لكي نعمل بشكل أسرع، حتى لو تطلب ذلك القيام ببعض التجاوزات.
 - يتجاهل مشرفي/مديري المشاكل المرتبطة بسلامة المرضى والتي تحدث مراراً وتكراراً.

- توفر إدارة المستشفى مناخ العمل الذي يعزز سلامة المرضى.
- تبين الإجراءات التي تتخذها إدارة المستشفى أن سلامة المرضى تمثل أولوية قصوى.
- لا تبدي إدارة المستشفيات اهتماماً بسلامة المرضى إلا بعد حدوث مشكلة.

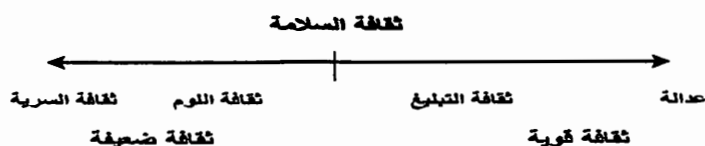
وتعد عملية قياس ثقافة السلامة وتشخيصها مفيدة للغاية وقد تكشف عن معلومات مهمة وثغرات في الثقافة التنظيمية تعيق جهود التحسين، وعلى سبيل المثال أظهر العديد من الدراسات المسحية التناقض بين مواقف وخبرات كبار المديرين (وخصوصاً غير الأطباء) تجاه سلامة المرضى، ومقدمي الرعاية المباشرة. لذلك تساعد عملية قياس ثقافة السلامة التنظيمية على تحديد الحاجة لتوحيد الاتجاهات تجاه السلامة بين الأعضاء في المنظمة لتصبح منظمة ذات موثوقية عالية. ويترتب على جهود المستشفيات الهادفة إلى القضاء على هذه التناقضات وخلق قيم مشتركة بين المديرين التنفيذيين ومقدمي الرعاية الصحية في الخطوط الأمامية.

إن مهمة إجراء مسح ثقافة السلامة ليست مهمة يسيرة، لذا ينبغي تخصيص الموارد المناسبة لتخطيط المشروع، واختيار عينة مناسبة، ووضع إجراءات واضحة لجمع البيانات وتحديد الجداول الزمنية، وتحليل الاستجابات، وتحليل النتائج وعرضها (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999). ولكي تتحقق فاعلية عملية قياس ثقافة السلامة، لا بد من تكرار القياس، حيث توفر النتائج الأولية للمسح الأساس الذي ينبغي الاستناد إليه لقياس مدى فاعلية البرامج والآليات الرامية إلى تحسين ثقافة السلامة في المنظمة مستقبلاً، من خلال المقارنة مع نتائج الاستطلاعات المتكررة. وهناك نقطة مهمة لا بد أن تؤخذ في الاعتبار عند تقييم ثقافة السلامة، وهي أن التصورات والمواقف والآراء والانطباعات حول ما هو صحيح هي ما يهمنا فعلاً "Perception is Reality". وهذه التصورات هي ما يعتقد القادة والمديرون والموظفون أنه ينطبق على بيئة عملهم وعلاقاتهم الداخلية، بغض النظر عما إذا كانوا على حق في تصوراتهم. ويؤكد خبراء التغيير التنظيمي أن السياسات الرسمية ليست هي التي تحرك المنظمات بل تحركها «القناعات والقواعد غير المكتوبة»، وبالتالي لا بد من التعامل مع هذه الانطباعات والقناعات على أنها حقيقة، نظراً لأن تأثيرها على العمل والأداء والسلامة هو تأثير حقيقي.

وكما يبين الشكل رقم (٦-٣) فإن ثقافة السلامة تكون ضعيفة فيما لو تبين انتشار ثقافة السرية واللوم، وكلما زاد الشعور بوجود ثقافة العدالة وحرص منسوبي المنظمة على التبليغ عن الأخطاء الفعلية والوشيجة كانت ثقافة السلامة قوية في المنظمة، مما يسهم في تقديم رعاية آمنة، ورفع معدلات السلامة (Patankar et al., 2012).

ثقافة السلامة في المنظمات الصحية

الشكل رقم (٦-٣): قياس ثقافة السلامة. (٣)



وبتأمل الشكل رقم (٦-٤) يمكن مقارنة الفروقات بين ثقافة قوية وثقافة ضعيفة تجاه السلامة. تتضح هذه الفروقات من خلال قناعات منسوبي المنظمة واتجاهاتهم وقيمهم، وممارستهم لمعايير السلامة واستعدادهم للتبليغ عن الأخطاء، وحرصهم على مراجعة نتائج قياس مؤشرات السلامة.

الشكل رقم (٦-٤): منظور ثقافة السلامة. (٤)

معايير ثقافة السلامة	علامات ضعف ثقافة السلامة (ثقافة السرية أو ثقافة اللوم)	علامات قوة ثقافة السلامة (ثقافة التعلم أو ثقافة العدالة)
القناعات	السلامة مسؤولية شخص آخر، غالباً مدير الجودة والسلامة.	السلامة مسؤولية كل فرد في المنظمة.
الاتجاهات	تم تشكيل لجنة مختصة منذ عدة سنوات قامت بوضع سياسات وإجراءات السلامة وفقاً لاشتراطات الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية.	يتم تحديث السياسات والإجراءات بشكل مستمر للوصول لمستوى أفضل.
القيم	الأخطاء وحوادث الرعاية الصحية أمر طبيعي ومتوقع.	من غير المقبول افتراض أن تعرض المريض للضرر أمر طبيعي ومتوقع.
تجهيزات السلامة	تستخدم متى كان ذلك ممكناً.	تستخدم دائماً.
التبليغ عن الأخطاء والحوادث	التبليغ عن الأخطاء لا يؤدي إلا إلى مزيد من المشاكل ويفتح الباب للمساءلة والعقوبات.	يتم التبليغ عن الأحداث الضائرة والوشية ومن ثم تتم مراجعتها والتعلم منها بغرض التحسين.
معرفة النتائج	البيانات اللازمة لقياس مؤشرات السلامة غير متوافرة وإن توفرت فلا يتم تحديثها باستمرار، ونادراً ما تتم مناقشتها في اجتماعات المستشفى أو الإدارة.	يتم قياس مؤشرات السلامة بصفة دورية وتحديث بياناتها ونشر النتائج لفرق العمل ومناقشتها في الاجتماعات العامة بالمستشفى.

(3) Patankar et al., (2012).

(4) Patankar et al., (2012).

ويعد إجراء المسح لتحديد المواقف والمفاهيم التي تشكل ثقافة السلامة خطوة البداية في عملية تحسين سلامة المرضى. أما الغاية الفعلية لعملية القياس فهي تحديد أولويات العمل وإحداث تغييرات حقيقية في جودة الخدمات والرعاية الصحية، لذا فإن قياس تأثير هذه التغييرات على سلامة المرضى يبدأ بعد عرض نتائج المسح على الموظفين والمديرين. وإذ إن توحيد قيم واتجاهات السلامة بين أعضاء المنظمة ضروري لتصبح منظمة ذات موثوقية عالية، ولكي تكون انعكاساتها على المستشفيات واضحة، لا بد من بذل جهود حثيثة للقضاء على التناقضات، وخلق قيم مشتركة بين المديرين التنفيذيين وموظفي الخطوط الأمامية. ويمكن للنتائج الأولية لمسح ثقافة السلامة أيضاً أن توفر الأساس اللازم لقياس مدى فاعلية التدخلات الهادفة إلى تحسين ثقافة السلامة في المنظمة من خلال المقارنة مع الاستطلاعات التي يتم إجراؤها مستقبلاً.

خاتمة:

تتمتع المنظمات الصحية -كغيرها من المنظمات- بثقافة مميزة تحكمها القيم والتوجهات والقناعات والممارسات السائدة فيها. وقد استعرضنا في هذا الفصل عدداً من الملامح المميزة للثقافة السائدة في المنظمات الصحية، لعل أبرزها الاستقلالية المهنية للأطباء ومركزية السلطة التي أسهمت في إيجاد الحواجز التقليدية بين الأطباء وغيرهم من الفئات العاملة في هذا القطاع. وقد تميزت كل مهنة من المهن الصحية -بما في ذلك مهنة الطب- بخصائص مميزة تشكل في واقعها ثقافة خاصة بكل منها. من جانب آخر فقد تميزت المنظمات الصحية في بعض الدول بالاعتماد المتزايد على القوى العاملة الوافدة ومتعددة الجنسيات مما أسهم في تعدد الثقافات الفرعية داخل منظومة الرعاية الصحية لتمثل في مجملها منظومة ثقافية معقدة تضم ثقافات فرعية تفصلها حواجز ثقافية راسخة. وهناك العديد من النتائج السلبية لوجود الحواجز الثقافية داخل المنظمات من أهمها أنها تؤدي إلى بروز العديد من المظاهر السلبية في الثقافة التنظيمية المتمثلة في عبارات من قبيل «ثقافة اللوم» و«ثقافة الصمت» و«ثقافة الخوف». ومع تكرار هذه العبارات يتنامى الاعتقاد بأن القناعات والمعتقدات السائدة في بيئة وسياق العمل تعيق تحقيق تطبيق مبادئ السلامة وتسهم في وقوع الأخطاء والأحداث السلبية. ومع أن هناك العديد من الجوانب الإيجابية للثقافات المهنية في المجالات الصحية؛ ومنها المسؤولية الشخصية عن المريض، والسعي الحثيث للتطوير الذاتي، والعديد من القيم والقناعات الإيجابية التي تعد من أهم روافد سلامة

المرضى، إلا أن من الضرورة التصدي للجوانب السلبية التي قد تؤثر على جودة الأداء وسلامة المرضى. لذلك تبرز أهمية إيجاد إطار شامل لعملية التحسين يهدف إلى القضاء على هذه الجوانب الثقافية السلبية وتعزيز روح الفريق والثقة المتبادلة وحرية التعبير وتنمية الاستعداد لتقبل التغيير. ويتطلب هذا التغيير التزام الإدارة العليا بمقتضيات التغيير وترجمة هذا الالتزام إلى نمط إداري فاعل يقتدي به العاملون في المنظمة. ويتبلور هذا الالتزام من خلال الأفعال الحاسمة والقيادة النشطة والمشاركة الشخصية من جانب القيادات الإدارية، وكذلك من خلال وضوح مهمة وأهداف جهود تحسين الجودة، والتقارير الدورية لمؤشرات الأداء، وتوفير آليات المساءلة، ووجود بيئة آمنة للإبلاغ عن الأخطاء. إذا فإن المحرك الرئيسي لبناء الثقافة التنظيمية الداعمة للسلامة هو بلورة المبادئ والقيم الإيجابية من خلال السلوك الإداري. وهذا يتطلب قدرة وكفاءة عالية لدى قادة المنظمة لإدارة التحول والانتقال من الوضع القائم بكل ما يحتويه من ممارسات وأساليب تقليدية إلى الوضع المستهدف والذي يركز على جودة الأداء وسلامة المرضى. وينبغي إدراك أن التغيير الثقافي يستغرق وقتاً طويلاً ويمكن أن يواجه مقاومة شديدة من قبل العاملين، مما يجعل إقناعهم لتبني هذا التحول صعباً، وخاصة الذين لا يملكون الدافعية لتبني مفاهيم وثقافة التغيير. وعلى الرغم من كل المعوقات فإن المنظمات الصحية الجادة حيال تحقيق هذا التحول تسير بخطى حثيثة لتطبيق نهج جديد يؤثر على العمليات الفكرية والسلوكية والتنظيمية فيها، ويقوم على أساس بناء ثقافة مؤسسية تحتضن سلامة المرضى كغاية ومنهج للأداء قائم على العمل الجماعي والجهد المشترك.

الفصل السابع

تواصل فريق العمل كمحور لسلامة الرعاية الصحية

قبل نصف قرن من الزمان، كانت وتيرة العمل الصحي أبطأ كثيراً مما هي عليه اليوم، وكانت التقنية المستخدمة أقل تعقيداً والعقاقير والأدوية أقل فاعلية، وكانت الجودة والسلامة تحت مسؤولية الطبيب المباشرة. خلال نصف القرن الماضي تغيرت منظومة الرعاية الصحية بشكل جذري نظراً لزيادة درجة التعقيد والتقنية وتضاعف عدد الأدوية والعقاقير والإجراءات الطبية، وتعدد فئات مقدمي الرعاية وتنوع تخصصاتهم. وكنيجة حتمية لهذا التغيير أضحت العلاقات الإنسانية بين مقدمي الرعاية ونوعية تواصلهم من أبرز العوامل المؤثرة في جودة الرعاية وسلامة المرضى (IOM, 2001). وعلى سبيل المثال في وحدات الإسعاف والطوارئ تعتمد نتائج رعاية الحالات الطارئة (Trauma) على فاعلية روح الفريق وكفاءة التواصل الإنساني، وليس بالضرورة على ذكاء وعبقرية الطبيب المعالج (Cannon-Bowers JA, et al., 1998).

ولعل من أبرز السمات التي تميز منظومة الرعاية الصحية الحديثة هي تنوع فئات الممارسين لمختلف المهن الصحية وتباين خلفياتهم العلمية، إضافة إلى التنوع الثقافي الذي يميز هذا القطاع نتيجة لتباين الخلفيات الثقافية وتعدد الجنسيات العاملة فيه. ويترتب على هذا التنوع المهني والثقافي أن مهارات التواصل الإنساني والتعاون بين مقدمي الرعاية ومتلقيها تمثل عاملاً مؤثراً في جودة الرعاية المقدمة وسلامتها. ونظراً للتوجه المتزايد نحو (التخصص الدقيق والتطور المستمر للتقنيات الطبية والمستجدات العلمية والاعتماد المتزايد على الفرق متعددة التخصصات) تزايدت القناعة بأن المهارات الفردية للممارسين -كل في مجال تخصصه- ليست كافية لضمان الجودة وسلامة المرضى (Firth-Cozens, 2000). لقد تبين أن من غير الممكن لأي فرد أو تخصص أو مهنة بعينها أن تلبي جميع احتياجات المريض بدون تواصل وتنسيق فعال بين مقدمي الرعاية بمختلف فئاتهم. لذلك يُعد الاتصال والتنسيق والتعاون بين مختلف الوحدات وفئات الممارسين من الأطباء والممرضين والفنيين ضرورياً لضمان توافر المعلومات اللازمة للرعاية ودقتها واكتمالها وتبادلها بشكل صحيح وفي إطار من العمل الجماعي المتناغم (IOM, 2001). ويسهم العمل الجماعي القائم على أسس الاتصال الفعال في تحسين جودة الرعاية وسلامة المرضى

وتقليل احتمالات تعرض المريض للضرر، وتشجيع التعاون والتنسيق بين مختلف المهن الصحية وتعزيز الأهداف المشتركة، والتخفيف من عبء العمل وتحسين رضا المرضى ورضا العاملين (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999).

يهدف هذا الفصل إلى التعريف بأسس التواصل الفعال في فرق الرعاية الصحية ودوره في تعزيز أهداف الرعاية وتحقيق سلامة المرضى، ويتناول أهم معوقات الاتصال وسبل مواجهتها. كما يتطرق إلى آليات تفعيل العمل الجماعي ومقومات الاتصال الفعال وأهم الوسائل والأدوات المستخدمة لضمان التواصل الجيد وتبادل المعلومات بما يسهم في توفير رعاية صحية جيدة وآمنة.

مفهوم الاتصال الإنساني وأهميته للسلامة:

الاتصال هو أي سلوك يؤدي إلى تبادل المعلومات، ويُعرّف بأنه «نقل وتبادل الأفكار والآراء والمعلومات عن طريق الحوار أو الكتابة أو الإيماءات». ويتمثل نموذج الاتصال في قيام المرسل بتحويل فكرة لديه إلى رسالة باستخدام وسيلة معينة (على سبيل المثال سجل كتابي أو محادثته شفوية أو هاتفية... إلخ) بهدف نقل الرسالة إلى مستقبل واحد أو أكثر، يقوم بدوره بترجمتها وفهم الغرض منها. ووفقاً لهذا المفهوم، فإن الفشل قد يقع في أي مرحلة من مراحل عملية الاتصال، الإرسال أو الاستقبال. ويتمثل فشل الإرسال في عدم إرسال المعلومات، أي أن تكون الرسالة غير واضحة إما بسبب غموض مضمونها أو خلل وسيلة الاتصال، أو أي سبب آخر. أما فشل الاستقبال فيتمثل في عدم وصول المعلومات، أو في سوء تفسير المعلومات، أو تجاهلها من المستقبل. وتوصف عملية الاتصال الإنساني في المنظمات بأنها عملية مستمرة لا تتوقف، وبأنها عملية متشابكة ومتعددة الجوانب لا تتم في فراغ بل تتأثر بالبيئة المحيطة وتؤثر فيها، فالإتصال لا يتم بشكل مستقل عن القوى والعوامل المؤثرة في بيئة العمل.

ولا يقتصر الإتصال على الشكل اللفظي، حيث إن جزءاً لا يتجزأ من عملية الإتصال الإنساني يتخذ الشكل غير اللفظي. وعلى الرغم من أن الكلمات تحمل مضموناً معيناً يتمثل في المعنى والقصد، إلا أن فهم هذه الكلمات يتأثر بطريقة إخراجها، وحركة الجسد، ونبرة المتحدث ونظرته وإيماءاته. وفي مجال العمل الرسمي - وبخاصة في المجال الصحي - يعد الإتصال الكتابي أحد أهم أشكال الإتصال حرصاً على فاعلية عملية تبادل المعلومات وعدم التباس فهمها وما يترتب على ذلك من عواقب

قد تكون وخيمة. ومع ذلك يُعد الاتصال غير اللفظي عاملاً مؤثراً على فاعلية التواصل الإنساني وعلى كفاءة عمل الفريق وعلاقة الطبيب بالمريض وبيقية أعضاء فريق الرعاية الصحية مما قد ينعكس على سلامة المريض.

تتضمن الممارسة الإكلينيكية العديد من المراحل والخطوات التي يعتمد نجاحها على فاعلية الاتصال وعلى كفاءة عملية تبادل المعلومات واكتمالها ودقتها، في إطار من التعاون وروح الفريق. ويترتب على ضعف الاتصال وقوع الأخطاء التي قد تسبب أضراراً بالغة وتعرض المريض للخطر. ويتبلور فشل الاتصال أثناء تقديم الرعاية في عدة إشكاليات منها: نقص المعلومات، وعدم تحليل المعلومات، وعدم وضوح المعلومات أو التعليمات، وعدم الانتباه للتغييرات في الحالة الصحية للمريض (Lingard, Espin, Whyte, et al., 2004).

وتحذر الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية (JACHO) وغيرها من المنظمات المعنية بجودة الرعاية الصحية من الآثار السلبية لضعف الاتصال باعتباره سبباً جوهرياً للأخطاء الطبية والأخطاء المصاحبة للعمليات الجراحية والوفيات المفاجئة (Joint Commission, 2007). وتتمثل أهمية الاتصال الفعال في مجال الرعاية الصحية فيما يلي:

١. يؤثر على النتائج المباشرة للتدخلات العلاجية نظراً لأهمية توافر المعلومات الدقيقة في الوقت المناسب بهدف صنع قرارات سليمة فيما يتعلق بالرعاية المقدمة للمريض.
٢. يؤثر الاتصال الفعال على النتائج غير المباشرة للرعاية الصحية ومنها رضا المريض وأسرته، وتقليص مدة الإقامة في المستشفى ورضا العاملين.
٣. يشجع الاتصال الفعال بين أعضاء الفريق على العمل الجماعي ويعزز الشفافية والوضوح مما ينعكس على مخرجات الرعاية.
٤. يساعد على منع الأحداث الضائرة نتيجة لدقة المعلومات المتبادلة وتعزيز التفاهم بين أعضاء الفريق.
٥. يعزز الاتصال الفعال استمرارية الرعاية ويسهم في تحقيق جودة الرعاية على المدى الطويل.

خصائص الاتصال الفعال:

يهدف التواصل الفعال بين أعضاء فريق الرعاية الصحية إلى إيجاد فهم مشترك لمتطلبات العمل الجماعي وتحديد الأدوار الفردية والمشاركة وتنسيق عملية تقديم الرعاية (Lingard, Espin, Whyte, et al., 2004).

لذا تتطلب الرعاية الصحية الحديثة أن يمتلك أعضاء الفريق مهارات الاتصال والتفاوض والإصغاء، وتحديد الأهداف وتأكيد الذات، وأن يتمكنوا من توظيف هذه المهارات في سياقات متنوعة. كما تتطلب أن يتمكن الأفراد وفرق العمل من الحصول على المعلومات الكافية واللازمة لأداء دورهم بشكل فعال وفي الوقت المناسب. ولتحقيق التواصل الفعال بين أعضاء الفريق القائم على رعاية المريض لابد من الالتزام بخمسة خصائص للاتصال الفعال كما هو موضح بالشكل رقم (٧-١).

الشكل رقم (٧-١): خصائص الاتصال الفعال في مجال الرعاية الصحية.^(١)

كامل Complete	• إستيفاء الإجابات على جميع الأسئلة المطروحة بشكل يرضي جميع الأطراف المشاركة في عملية تبادل المعلومات.
مركز Concise	• الاختصار والإيجاز في التعبير وتجنب الإسهاب والتركيز على البيانات ذات الصلة بالحالة والابتعاد عن التكرار غير الضروري.
محدد Concrete	• استخدام كلمات محددة المعنى وتعبر عن المضمون بدقة وباستخدام الدلائل والحقائق والأرقام الدقيقة.
واضح Clear	• استخدام تعبيرات واضحة و مألوفة لصياغة رسائل فعالة ومفهومة
دقيق Accurate	• دقة مستوى اللغة ، وتجنب المصطلحات الغامضة ، والبعد عن التعبيرات القابلة للتأويل، بهدف تقديم معلومة صحيحة.

(1) VQC (2010) – A guide to improving communication among healthcare professionals available from: http://www.health.vic.gov.au/quality_council

التواصل مع المرضى:

يعد التواصل بين المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية أمراً معقداً نتيجة لاختلاف التوقعات. ففي الماضي كان مقدمو الرعاية الصحية يتبنون نمط الشخصية الأبوية التي تقدم النصح والتوجيه وتتخذ القرار، أما اليوم ومع زيادة مستوى الوعي لدى متلقي الرعاية الصحية فالأمر مختلف، إذ يتوقع المرضى من مقدمي الرعاية الصحية احترام عقولهم واستقلالية قراراتهم وتمكينهم من التحرك بيسر ضمن منظومة صحية معقدة، ويتوقعون أن يتم التواصل بينهم على أساس المشاركة في صنع القرار. ومع اختلاف النموذجين، الأبوي والتشاركي إلا أن كلا منهما مناسب في أوقات وظروف معينة وحسب متطلبات كل حالة على حدة.

ولا يخلو سياق تقديم الرعاية الصحية من معوقات للاتصال الفعال بين مقدمي الرعاية والمريض والتي قد ترتبط بضيق الوقت، ومستوى وعي المريض، وعائق اللغة، ونقص التدريب على مهارات الاتصال الإنساني (IOM, 2001). وفي بعض الأحيان يميل مقدمو الرعاية الصحية لتقنين المعلومات المقدمة للمرضى بتقديم إجابات مقتضبة ومبتورة مما قد يعطي انطباعات سلبية، ويضع حواجز تحول دون تحقيق التواصل الفعال. من جانب آخر فقد يفتقر مقدمو الرعاية للخبرة والمهارة في التواصل بشأن الحالات المرضية المستعصية خشية إثارة مخاوف المرضى وذويهم. وقد كشفت الدراسات وجود خلل في الطريقة التي يتحدث بها الأطباء إلى المرضى المصابين بأمراض مستعصية، إذ يجنبون بعض المعلومات عن المرضى لاعتقادهم أن الإفصاح عن هذه المعلومات للمرضى سوف يسبب لهم ضغوطاً نفسية (IOM, 2001). كما تشير الدلائل إلى أن مقدمي الرعاية لا يدركون قلة المعلومات التي يمتلكها المرضى عن حالتهم الصحية وتوقعاتهم حول العلاج قبل زيارة الطبيب. ولهذا السبب يتعثر التواصل بين الطرفين، إذ لا يتمكن المرضى -غالباً- من فهم مقدمي الرعاية، ولا يتذكرون إلا جزءاً يسيراً من المعلومات المقدمة لهم حول التشخيص والعلاج. وتتنخفض نسبة المعلومات التي يتذكرها المرضى إلى النصف في حالة الأمراض المستعصية، لأن المعلومات التي تثير فيهم الاكتئاب والخوف تصعد من مستوى القلق لديهم مما يقلص قدرتهم على تذكر التفاصيل.

لا يحتاج مقدمو الرعاية إلى مهارات تواصل جيدة فحسب بل أيضاً إلى وعي تجاه العوائق التي تعترض قيام اتصالات فعالة بينهم وبين المرضى، بل إن بعض مقدمي الرعاية لا يملكون التأهيل الكافي لفهم الجوانب الإنسانية للمشكلات الصحية للمرضى

(VQC, 2010). وتمثل البيئة وسياق الرعاية الصحية التي يتم فيها التواصل مع المرضى إشكالية أخرى، نظراً لما يشوبها من التشويش والإرباك والمقاطعات ودخول الآخرين إلى غرف الاستشارات الطبية، مما لا يساعد على توطيد العلاقة بين المريض والطبيب وينعكس سلباً على سلامة المرضى (Lingard, Espin, Whyte, et al., 2004). ويؤثر ضعف التواصل بين المريض ومقدم الرعاية على الالتزام بالخطّة العلاجية ومدى فهم المريض للتعليمات، وعلى إلمام الطبيب بتفاصيل الحالة المرضية، مما ينعكس بطبيعة الحال على جودة الرعاية وسلامة المريض.

ويمكن التغلب على معوقات الاتصال مع المرضى من خلال التدريب والذي يساهم في تحسين مهارات التواصل لدى مقدمي الرعاية الصحية. كما يمكن توظيف بعض الأدوات لتحسين تبادل المعلومات، ولعل أفضل وسيلة لضمان دقة المعلومات هو استخدام الاتصال الكتابي الواضح وبلغة بسيطة وسهلة الفهم، مع مراعاة أن الكثير من المرضى لا يتوافر لديهم الوعي الكافي لفهم التعليمات حتى المكتوبة. هذا يشير إلى ضرورة استخدام مختلف الوسائل للتواصل في مجال الرعاية الصحية أخذاً في الاعتبار الخصائص الشخصية للمريض من حيث العمر والمستوى التعليمي والحالة النفسية والقدرات الذهنية وغيرها من العوامل التي تؤثر على فاعلية الاتصال وتنعكس على جودة الرعاية وسلامة المريض.

عمل الفريق وسلامة المرضى:

لا يعني تواجد عدد من الأفراد في مكان واحد أو اشتراكهم في رعاية مريض واحد أو في إدارة واحدة بالضرورة أنهم يمثلون مجموعة متماسكة أو فريق عمل واحد. لكن ما يجعلهم كذلك هو وجود حد أدنى من التنسيق والتعاون فيما بينهم والاتفاق على الأسس والمبادئ والخطوات التي يتم أداء العمل وفقاً لها. وعلى الرغم من اتفاق الباحثين والمهنيين وصانعي السياسات والهيئات المهنية على أهمية عمل الفريق بوصفه النموذج الأفضل للممارسة المهنية، إلا أن تطبيقه بنجاح على أرض الواقع يُعد أمراً نادراً ومحفوفاً بالصعوبات (Cannon-Bowers JA, et al., 1998). فالعمل بروح الفريق لا يمثل نتيجة تلقائية أو حتمية لتكليف بعض الأشخاص في مجموعة عمل واحدة. بل في كثير من الأحيان يُعد أسلوب الفريق مجرد برنامج عمل يحرص المسؤولون من خلاله على تعزيز مناخ المودة والارتياح بين العاملين. ولا شك أن هذا التوجه مفرط في التبسيط، فأعضاء الفرق الطبية التي تعمل في بيئات معقدة

يحتاجون إلى أكثر من مجرد «أن يحب بعضهم البعض». عمل الفريق لا يُلزم الأعضاء بأن يحبوا بعضهم، ولا يركز بالضرورة على الروابط العاطفية بين الأعضاء، بل يعتمد في جوهره على الرغبة في التعاون من أجل هدف مشترك (IOM, 2001). وفي حقل الرعاية الصحية فإن الهدف المشترك هو الحفاظ على صحة المريض وسلامته، وتجنب وقوع الأخطاء والحوادث، والارتقاء بأساليب الممارسة بشكل مستمر. فكلما تم العمل من أجل تحقيق أهداف مهنية مشتركة -بغض النظر عن المشاعر الإنسانية- كلما أسهم ذلك في تعزيز جودة الرعاية وسلامة المريض.

ويمثل التعاون وعمل الفريق الأساس الذي تقوم عليه الرعاية الصحية الحديثة، حيث يتولى العاملون أدواراً مشتركة ويتقاسمون مسؤولية حل المشكلات واتخاذ القرارات ووضع الخطط وتنفيذها من أجل غاية واحدة هي صحة المريض وسلامته. لذا يتطلب عمل الفريق تنسيق المهام والإجراءات الفردية والتشارك في التخطيط وصياغة أهداف الرعاية وحل المشكلات التي تعترضها وصنع القرارات، وتحمل المسؤولية المشتركة عن نتائج الأداء (IOM, 2001). وبذلك فإن توافر هذه العناصر في مجموعة من الأفراد -حتى لو فصلت بينهم مئات الأميال- يجعلهم فريق عمل واحد يدعم العمل الذي يقوم به كل فرد منهم عمل الآخرين ويؤثر في مستوى الأداء التنظيمي والإنتاجية. من هذا المنطلق يُنظر إلى عمل الفريق على أنه وسيلة فعالة لتمكين مجموعة من الأفراد الذين يمتلكون مهارات متكاملة فيما بينهم من العمل كوحدة متجانسة تجمعهم أهداف مشتركة وغرض واحد. ويُعرف عمل الفريق بأنه مجموعة من السلوكيات المترابطة، والقناعات، والاتجاهات التي تهدف إلى تيسير مهمة معينة تتطلب التنسيق والتكيف بين أعضاء الفريق (Cannon-Bowers et al., 1998). ويختلف عمل الفريق (Teamwork) عن أداء المهام (Task work)، على الرغم من أهمية كل منهما وبخاصة في بيئات العمل المعقدة، ولكن لم تعد المعرفة والمهارة في أداء المهام كافية بمفردها لتحقيق الجودة. فالفرق الفعالة يدرك أعضاؤها احتياجات بعضهم البعض ويقومون بالتنسيق فيما بينهم بشكل تلقائي وبدون الحاجة إلى التواصل المباشر. ويُعد مثل هذا التواصل الضمني عنصراً ضرورياً في بيئات العمل التي تتسم بالتوتر الشديد وضغوط الوقت مثل قطاعات الرعاية الصحية.

وتتميز منظومة الرعاية الصحية باعتمادها على فرق متعددة التخصصات، تُعرف بأنها «مجموعة من المهنيين الذين يعملون بشكل مترابط في مكان واحد ويتفاعلون بشكل رسمي وغير رسمي على حد سواء» ومن أبرز سمات الفرق متعددة التخصصات مايلي (Schmitt, et al., 1988):

١. تشارك تخصصات صحية متعددة في رعاية المرضى.
٢. تضم هذه التخصصات مجموعة متنوعة من المعارف والمهارات الضرورية لرعاية المرضى.
٣. تعكس خطة الرعاية مجموعة متكاملة من الأهداف المشتركة لمختلف فئات مقدمي الرعاية.
٤. يتبادل أعضاء الفريق المعلومات لتنسيق الخدمات من خلال عملية تواصل منتظمة بمشاركة العاملين من مختلف التخصصات.

وتعترض العديد من المعوقات السبيل أمام مقدرة الفريق الصحي على إيجاد تواصل فعال بين أفرادهم، وقد يكون التنظيم الهرمي لفريق الرعاية الصحية من أهم هذه المعوقات. إذ يشعر صغار العاملين بالتردد في التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم ومخاوفهم نتيجة للهوة التنظيمية التي تفصلهم عن زملائهم في الوظائف العليا وبخاصة الأطباء. وكلما تأخرت معالجة هذا القصور يعتاد العاملون على أوضاع يسودها ضعف التواصل والعمل الجماعي غير الفعال. وفي ظل هذه الأوضاع يصبح الخطأ أمراً متوقفاً، بل ومعتاداً حتى بين أفضل العاملين، نظراً لتأثرهم بالثقافة السائدة وتجاهلهم للإشارات التحذيرية وعلامات الخطر واعتبارها أمراً روتينياً لا يستدعي القلق. ولا شك أن هذه المشاكل ليست حكراً على المنظمات الصحية، إذ أدركت العديد من القطاعات الصناعية والتجارية تأثير ضعف التواصل وتبادل المعلومات على السلامة وجودة الأداء وسعت لإيجاد العديد من الأدوات لتفعيل الاتصال وتبادل المعلومات والتغلب على عوائق الاتصال فيها. ولعل أبرز هذه النماذج موجود في قطاعات الطيران والتي أدركت أن التدريب المكثف على مهارات التواصل والعمل الجماعي الذي يحصل عليه أعضاء طاقم مقصورة القيادة يؤدي إلى تحسين أداء الفريق، وينعكس بشكل إيجابي على معدلات السلامة. وقد سعت بعض الدراسات إلى مقارنة طبيعة الاتصال الإنساني داخل فرق الرعاية الصحية مع مثيله في قطاع الطيران ومن ذلك دراسة علمية أجريت للمقارنة بين ثقافة العمل الجماعي بين العاملين في غرف العمليات والعاملين في مجال الطيران (Aviation Crew). أظهرت الدراسة تباين وجهات نظر الأطباء الجراحين مع بقية أعضاء فرق العمل الجراحية حيال كفاءة عملهم الجماعي، فعلى الرغم من أن الجراحين كان لديهم تصور بأن العمل الجماعي في غرف العمليات قوي وفعال أظهر بقية فريق العمل من معاونين وممرضين خلاف ذلك (O'Daniel and Rosenstein, 2008). أي أن

الانطباعات حول جودة العمل الجماعي كانت تختلف بين قيادة الفريق وأعضاء الفريق الجراحي. في المقابل أظهرت الدراسة انسجام أو اتفاق آراء قائدي الطائرات وطاقم المقصورة من معاونين حول جودة العمل الجماعي داخل مقصورة القيادة. وكانت هذه الدراسة وغيرها من أسباب تزايد الاهتمام بفحص بيئة العمل في المجال الصحي وبحث نوعية التواصل وفاعلية العمل الجماعي في المنظمات الصحية وتأثيرها على سلامة المرضى.

يسهم العمل الجماعي في رفع فاعلية الأداء، وتعزيز رضا المريض، والحد من تأخير تقديم الرعاية، وتقصير فترة الانتظار. كما تسهم روح الفريق في تحسين معنويات العاملين وتحقيق الرضا الوظيفي، وزيادة الكفاءة، وتخفيض مستويات التوتر بين العاملين. وعلى الرغم من الأهمية التي يمثلها العمل بأسلوب الفريق في مواجهة الأزمات والحالات الطارئة؛ إلا أن أهميته لاتقل في سياق العمل الروتيني اليومي، إذ يساعد على تعزيز المهنية، والتغلب على العديد من التحديات كالصراعات الشخصية والتنظيمية التي تنشأ في كثير من الأحيان في مجال العمل (O'Daniel and Rosenstein, 2008). بل إن فرق الرعاية الصحية التي تطبق أسس العمل الجماعي في أعمالها الروتينية تواجه عدداً أقل من الأزمات وتتمكن من إدارة هذه الأزمات بشكل أكثر فاعلية عند حدوثها. وبالتالي فإن اعتماد منهجيات عمل الفريق في جميع الظروف والأحوال يسهم في الإعداد لمواجهة الأزمات والأحوال الطارئة بكفاءة عالية. وتتلور أهمية عمل الفريق فيما يلي (O'Daniel and Rosenstein, 2008):

١. يساعد على الاستفادة من جميع المهارات والخبرات التي يمتلكها أعضاء الفريق، مما يعزز قدرة المنظمة على تحقيق أهدافها ومواجهة التحديات التي تعترضها.

٢. يمثل عمل الفريق فرصة لاستغلال الموارد البشرية المتاحة لدى المنظمة بشكل أمثل، ويساعد على إبراز مهارات وخبرات العاملين وتكاملها مع بعضها البعض، ويزيد من إدراكهم للمعارف والمهارات التي يمتلكها زملاؤهم.

٣. يساعد على تحسين آلية اتخاذ القرارات، وهو الأمر الذي يحقق مرونة أعلى في أداء الأعمال وسرعة في الاستجابة للتغيرات والمواقف الفجائية التي يمكن أن تحدث أثناء العمل.

٤. يجد المريض أن الاتصال أسهل مع الفريق الصحي المتناسك عن غيره من الفرق التي لا يعرف أعضاؤها ما يفعله زملاؤهم ضمن خطة رعاية المريض.

معوقات الاتصال داخل فريق الرعاية الصحية:

يمثل الاتصال الفعال إحدى ركائز الرعاية الآمنة وعالية الجودة، إلا أن هناك عدداً من العوامل التي تعيق التواصل في سياق الرعاية الصحية. وتشير الدلائل أن مشاكل الاتصال تمثل عاملاً مساهماً في حدوث نسبة كبيرة من الأحداث السلبية والجسيمة والأحداث غير المتوقعة التي تنطوي على وفاة أو إصابة خطيرة. حيث وجدت دراسة أجرتها الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية أن قصور الاتصال كان من أبرز الأسباب الجذرية في ٧٠٪ من الأحداث الضائرة التي تمت دراستها (JACHO, 2007). وفي دراسة أخرى تبين أن فشل الاتصالات يؤدي إلى زيادة تعرض المريض للضرر، ويزيد من مدة إقامته بالمستشفى، ومن استخدام الموارد، فضلاً عن أنه يؤثر على عدم رضا مقدم الرعاية (Zwarenstein & Reeves 2002). كما بينت دراسة تحليلية للاتصال بين فريق العمل في غرف العمليات أن فشل الاتصال يحدث في حوالي ٣٠٪ من التبادلات بين أعضاء الفريق، وأن حوالي ثلث هذه الحالات تؤدي إلى الإخلال بسلامة المريض (Lingard et al., 2004).

يتضح مما سبق أن التواصل غير الفعال وضعف الاتصال بين أعضاء الفريق الصحي يمثل عاملاً جوهرياً في وقوع الأحداث الضائرة، وندقق فيما يلي أهم عوائق الاتصال بين أعضاء الفريق الصحي.

١ - خصائص سياق الرعاية الصحية:

تختص منظومة الرعاية الصحية بدرجة عالية من التعقيد كنتيجة طبيعية للاعتماد على مهارات فنية متخصصة ومتنوعة، وتعدد فئات وتخصصات مقدمي الرعاية - الذين يتناوبون على رعاية المريض في أوقات وربما مواقع مختلفة- مع إمكانية ضئيلة للتواصل والتنسيق المباشر. كما تزداد درجة التعقيد في مواقع معينة كغرف العمليات وأقسام الطوارئ والرعاية المركزة، حيث يتم تبادل المعلومات بسرعة وتحت ضغوط نفسية عالية. وقد تجرى المناقشات حول حالة المرضى في مكان مزدحم، يتعامل فيه مقدمو الرعاية مع العديد من المرضى ويقومون بالعديد من المهام في آن واحد. وفي ظل هذه الظروف فإن من المحتمل أن تضيق بعض المعلومات المهمة وتتعرض الرعاية المقدمة، وقد يؤدي ذلك إلى إجراء تدخلات غير ملائمة تؤثر مباشرة في مخرجات الرعاية وسلامة المرضى (O'Daniel and Rosenstein, 2004). من جانب آخر فإن الطبيعة غير المنتظمة لآلية تقديم الرعاية تؤثر في فاعلية عملية الاتصال بين

مقدمي الرعاية كنتيجة لتغيير المناوبات وتبديل الورديات والاختلافات في جداول العمل والروتين.

٢- الهيكل الهرمي للسلطة:

تعمل منظمات الرعاية الصحية غالباً وفق منظومة هرمية للسلطة تضع مسافة كبيرة بين الأطباء وبقية الفئات المهنية المقدمة للرعاية، مما يوجد أنماطاً من الاتصال المبتور بدلاً من التواصل الحر والمنفتح. وتعد الفروق الطبقيّة سمة واضحة في ثقافة المنظمات الصحية حيث تتعدد فئات العاملين ومهاراتهم ومستوياتهم التعليمية، ويحتل الأطباء قمة هرم السلطة داخل فرق الرعاية مما يؤدي -في غياب الاتصال الفعال- إلى إعاقة الاتصال المفتوح مع غيرهم من مقدمي الرعاية (O'Daniel and Rosenstein, 2004). وعلى الرغم من أن غالبية الأطباء لا يدركون وجود هذه العوائق، ويفترضون غالباً وجود مناخ تعاوني وتفاهم في العمل وتواصل مستمر بين أعضاء الفريق، إلا أن العاملين في التمريض وغيرهم من الفنيين يشعرون بوجودها وبخاصة بين الفئات المهنية المختلفة. وتعزز هذه الفروقات الطبقيّة من إحساس بعض الفئات الوظيفية بضعف الثقة في النفس أو بعدم القدرة على التعبير عن الرأي أو الجراءة على الاعتراض على أداء غيرهم من أعضاء الفريق. وإذا ما وجدت هذه الفروق الطبقيّة بين أعضاء المهن الصحية فإن أولئك القابعين في قاع الهرم يترددون في عرض مشاكلهم بطريقة علنية أو التعبير عما يقلقهم. وقد يترددون في التبليغ عندما يشهدون أداءً متدنياً من زملائهم خوفاً من إثارة الحساسيات والنزاعات الشخصية، أو لاعتقادهم بعدم جدوى التبليغ عن الأخطاء أو قصور الأداء. وعلى سبيل المثال قد تمتنع الممرضات عن الاتصال بالأطباء المناوبين حتى عند مواجهة الحالات الحرجة وذلك بسبب الرهبة والخوف من المواجهة والتعرض للتأنيب. وكانت عوائق الاتصال واضحة في حالة الخطأ الطبي الذي تعرضت له الطفلة رزان والتي توفيت بسببه إثر خضوعها لعملية جراحية لإزالة الزائدة الدودية في أحد المستشفيات في جنوب المملكة العربية السعودية، مما استوجب نقلها إلى مدينة طبية كبيرة في الرياض (حالة واقعية رقم ١). وهناك ترددات الممرضات في الاتصال بطبيبتها أثناء الليل بعد تدهور حالتها -خوفاً من إغضابه، فقد اتصلن به من قبل وأمر بإعطائها مسكناً للألم- فتوفيت إلى رحمة الله في الصباح^(٢).

حالة واقعية رقم (١): ضعف الاتصال يتسبب في مقتل رزان.

رزان. طفلة عمرها سبعة أعوام، أجرت عملية استئصال الزائدة الدودية، وعانت بعد ذلك آلاماً شديدة كشفت التحاليل أنها بسبب (قطعة شاش) نسيها الفريق الجراحي في مكان العملية! وتم اكتشافها بعد العملية بعشرين يوماً! أجريت لها عملية أخرى لإخراج قطعة الشاش، وبعد إخراجها ساءت حالتها أكثر، ونقلت من مدينتها في الجنوب إلى مدينة طبية كبيرة بالعاصمة الرياض، حيث توفيت هناك!!

يقول عن حالتها أحد الكتاب^(٢): «كانت تعاني من تسمم دموي معروف لكنه لم يعالج العلاج السليم لأن الأطباء غائبون ويطالبون مرضاهم بالاتصال بهم عبر الجوال فهم غير متفرغين. لأنهم مشغولون بالعمل في أكثر من جهة، وصوت الممرضات ووالدها لم يُجَد، حتى عبر الجوال فلم يحضر لإنقاذها -مما تعرضت له من نكسة بعد النقل- حتى الأخصائي المناوب ناهيك عن الاستشاري المعني».

قد تتجلى أي من تلك العوائق بين فئات وظيفية معينة داخل المنظمات الصحية، كما يحصل أحياناً بين الأطباء والممرضات وبين الجراحين وأخصائيي التخدير وبين الممرضات ومديري التمريض. وقد تظهر هذه العوائق جلية بين الممرضات والأطباء، بالرغم من التفاعل المستمر بينهم إلا أن مفهوم كل منهم لدوره ومسؤوليته تجاه المريض يختلف. وتمثل هذه السلوكيات اللاإرادية داخل المنظمات الصحية مصدراً للقلق لما ينتج عنها من أثار سلبية تؤثر على سلامة المريض، بينما تساعد العلاقات المفتوحة بين الأفراد على تفعيل تبادل المعلومات وبالتالي تعزيز سلامة الرعاية الصحية.

٣- الخصائص الشخصية لمقدمي الرعاية:

تتأثر فاعلية الاتصال الإنساني في مجال الرعاية الصحية بالقدرات الفردية وصفات وسلوكيات أعضاء الفريق، واتجاهاتهم. كما تتأثر بالروح المعنوية والاستعداد الفردي للعمل التعاوني والتوقعات والقيم واختلاف الشخصيات وعدم وجود توجه فكري مشترك واتفاق حول الأهداف. ويتعثر الاتصال داخل الفريق مع تزايد ضغوط الوقت وعبء العمل والشعور بالإجهاد والتعب وضعف القدرة على التركيز والتعامل مع المقاطعات وقصور الذاكرة. ويختلف بطبيعة الحال الاستعداد الشخصي لتحمل

(٢) صحيفة الرياض: <http://www.alriyadh.com/153275>

ضغوط العمل والقدرة على القيام بمهام متعددة في آن واحد حتى مع وجود درجة عالية من المهارة الفنية. ومما يزيد هذه القضية تعقيداً أن المنظمات الصحية من أكثر المنظمات التي تضم أعراقاً مختلفة وثقافات متعددة ومتباينة مما يؤدي إلى تفاقم مشكلات الاتصال أثناء العمل المشترك.

٤- عوامل تنظيمية:

يؤثر ضعف الثقافة التنظيمية وغياب الاتصال المفتوح والشفافية وحرية التعبير على فاعلية عملية الاتصال. كما يؤدي عدم وجود سياسات تنظيمية وبروتوكولات خاصة بتعزيز الاتصال والعمل الجماعي إلى ضعف الالتزام بهذه الجوانب وعدم ترسيخها كممارسات مؤسسية.

٥- إغفال التدريب على مهارات الاتصال والعمل الجماعي:

هناك افتراض ضمني في بعض الأحيان أن المتخصصين في الرعاية الصحية يملكون مهارات اتصال جيدة، إلا أن الواقع يشير إلى خلاف ذلك. فعلى الرغم من أهمية العمل الجماعي في سياق الرعاية الصحية الحديثة، إلا أن مناهج كليات الطب والعلوم الصحية تركز على المهارات الفنية الفردية وتغفل مهارات الاتصال والعمل الجماعي (O'Daniel and Rosenstein, 2004). حتى برامج التعليم المستمر والتدريب أثناء الخدمة تركز على الجوانب الفنية فقط دون الجوانب السلوكية. من ناحية أخرى تختلف طبيعة التدريب الذي يتلقاه الأطباء والمرضون والفنيون مما ينعكس على أنماط التواصل بينهم ويؤثر على فاعلية الاتصال بهم.

أسلوب (SBAR) لتعزيز التواصل بين أعضاء الفريق:

نظراً لما بينته الدراسات المتخصصة من تأثير ضعف التواصل في فرق الرعاية الصحية على مخرجات الرعاية وسلامة المرضى، سعى المتخصصون إلى وضع أساليب مقننة للاتصال الإنساني في المنظمات الصحية وتأسيس بيئة يتمكن فيها الأفراد من التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم دون تردد أو خوف. وتساعد هذه الأساليب المقننة على تلبية حاجة الفريق إلى تبادل المعلومات المعقدة خلال فترة زمنية قصيرة وفي ظروف حرجية ومتغيرة، بدون أن يؤثر ذلك على دقة المعلومات واكتمالها. ويساعد استخدام أساليب الاتصال المقننة الممارسين على تحديد الخيارات والبدائل المناسبة عند اتخاذ القرارات وتنفيذها.

طور مايكل ليونارد أداة للتواصل بين أعضاء الفريق الصحي تسمى SBAR تستخدم بشكل واسع في مختلف الأنظمة الصحية باعتبارها إطاراً هادفاً للاتصال الفعال بين أعضاء فريق الرعاية الصحية. ويقوم هذا الأسلوب على القناعة بأن كلاً من الأطباء والممرضات يستخدمون أنماطاً مختلفة للتواصل نتيجة لاختلاف طبيعة التدريب الذي تلقاه كل منهما، فالممرضات أكثر ميلاً لوصف وتصوير المواقف بدرجة من التفصيل والإسهاب، في حين يميل الأطباء بشكل أكبر للإيجاز والاختصار، لذلك يجد المختصون أن استخدام أدوات اتصال قياسية تساعد على تجاوز هذا الاختلاف في أنماط الاتصال (Haig, Sutton & Whittington, 2006).

وتعد طريقة SBAR أسلوباً فعالاً لتوصيل المعلومات المهمة التي تحتاج إلى انتباه شديد وإجراء سريع فيما يخص حالة المريض، ويصنف هذا الأسلوب الاتصالات في أربعة أنواع من المعلومات حسب ما يوضح الشكل رقم (٧-١):^(٤)

- أولاً: توفير وصف موجز للحالة «Situation»، على سبيل المثال التعريف بالمريض ومكان وجوده أو تلقيه الرعاية ووصف المشكلة التي يعاني منها.
- ثانياً: المعلومات الأساسية عن خلفية المريض «Background» وهي المعلومات ذات الصلة بالتشخيص وقت الدخول، والعلامات الحيوية، وغيرها من المعلومات السريرية.
- ثالثاً: تقييم الحالة «Assessment»، أي تقييم حالة المريض من حيث حدة المشكلة ودرجة الخطورة.
- رابعاً: التوصية المبدئية «Recommendation» وتتضمن تحديد الخيارات المقترحة القيام بها لعلاج المشكلة.

مثال:

- الموقف Situation: ما الذي يحدث مع المريض؟ «أنا أتصل بشأن السيد محمد المريض في غرفة رقم ٢٢٣. شكواه الرئيسية هي قصور في التنفس».

(4) Note: Kaiser Permanente, SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) tool, 2002. Source for version in this table: Institute for Healthcare Improvement. Guidelines for communicating with physicians using the SBAR process. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBAR-TechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>

- الخلفية Background: ما الخلفية الإكلينيكية (التاريخ المرضي) «المريض رجل يبلغ من العمر ٥٥ عاماً أجريت له عملية جراحية بالبطن في اليوم السابق، ولا يوجد لديه تاريخ مرضي بالإصابة بمرض في الرئة أو القلب».
- التقييم Assessment: ما تقييمي للمشكلة؟ «أصوات التنفس تقل عندما يكون المريض مستلقياً على الجانب الأيمن مع وجود شعور بالألم. من الممكن أن يكون تشخيصه تجمع هوائي في الرئتين Pneumothorak».
- التوصيات Recommendation: ما الذي يتوجب علي فعله لتصحيح ذلك؟ «لا بد من فحص المريض حالاً. هل من الممكن أن تأتي فوراً؟».

الشكل رقم (٧-٢): أسلوب SBAR للاتصال في مجال الرعاية الصحية.

S	Situation الموقف
B	Background الخلفية
A	Assessment التقييم
R	Recommendation التوصيات

ومن مميزات هذا الأسلوب أنه يتضمن خطوات سهلة التذكر، ويُعد آلية مفيدة لتأطير تبادل المعلومات المهمة، والتي تتطلب البقطة والتركيز والاهتمام الفوري من جانب مقدمي الرعاية. وتوجد SBAR وسيلة سهلة ومركزة على مجموعة من العناصر التي ينبغي أن يتضمنها التواصل بين أعضاء الفريق الصحي، وذلك أمر ضروري لتطوير العمل الجماعي وتعزيز ثقافة سلامة المرضى. ولا يتميز هذا الأسلوب بأنه يخلق جواً من الألفة في التواصل بين أعضاء الفريق فحسب، بل إنه يساعد على تنمية مهارات التفكير الابتكاري أيضاً، فالشخص الذي سيبدأ بالاتصال أولاً يعرف أنه قبل أن يمسك بسماعة الهاتف ليطالب الطبيب يحتاج إلى تقدير حجم المشكلة والتفكير في الحل المناسب لها، حتى وإن لم يكن قراره هو الحل الصحيح، إلا أنه سيسهم في تحديد الموقف بوضوح (Woodhall, Vertacnik & McLaughlin, 2008).

وقد أظهرت الدراسات أن SBAR تسهم في تحسين الاتصال بين الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين، إذ وجد (Woodhall, 2008, Vetacnik, MacLaughlin) أن

هذا الأسلوب حظي باستحسان العاملين وأسهم في تحسين عدد من جوانب الاتصال بين أعضاء الفريق، بما في ذلك وضوح الرسالة واكتمال المعلومات المقدمة. دراسة أخرى بينت أنها بالفعل أداة مفيدة وبخاصة للممرضات كوسيلة من وسائل التواصل مع الأطباء حول التغيير في حالة المريض، ولتسليم المرضى عند تبادل المناوبات بين الممرضات (Pope, Rodzen & Spross, 2008). وتشير الدلائل أنه بمجرد أن يتم تدريب فرق العمل على استخدام هذه التقنية يتحسن التواصل ويساعد على خلق ثقافة السلامة ويعزز رضا المرضى ويقلل من عدد من الأحداث السلبية والوشيجة .

ومن أهم متطلبات تطبيق تقنية SBAR التهيئة والإعداد والتدريب، فالإعداد الجيد يحسن بشكل كبير من وضوح التواصل قبل الشروع في استخدامها. ويقوم مقدمو الرعاية بالإعداد من خلال تقييم مرضاهم، ومراجعة التفاصيل ذات الصلة التي يجب تبادلها مع زملائهم مع الحرص على الإبقاء على نتائج الفحوصات الأخيرة وغيرها من التقارير في متناول اليد للإجابة عن أي أسئلة إضافية (Pope, Rodzen & Spross, 2008). وفي حين قد يبدو وكأن استخدام هذا الأسلوب عملية روتينية، إلا أن إتقان استخدام SBAR يتطلب التدريب لكي تتكيف فرق العمل على استخدامها باعتبارها فعالة للإحاطة وتبادل المعلومات مقارنة بالطرق التقليدية.

إستراتيجيات تبادل المرضى وتغيير الورديات؛

يتعامل المريض في منظومة الرعاية الصحية الحديثة مع عدد من مقدمي الرعاية من الأطباء والممرضين والفنيين الذين يفترض أن يمثلوا فريق الرعاية وأن يتبادلوا المعلومات فيما بينهم بدقة ووضوح. وفي واقع الأمر فإن احتمال اضطراب التنسيق والتواصل بين أعضاء هذا الفريق وارد جداً بسبب عوامل مختلفة، منها عدم تواجدهم في آن واحد بجانب سرير المريض، إضافة لعوائق الاتصال التي سبق ذكرها. وحيث تنتقل مسؤولية رعاية المريض من مقدم رعاية لآخر ومن منطقة خدمات لأخرى فإن في كل نقطة ينتقل فيها المريض يوجد احتمال لوقوع حدث ضائر. لذلك تتطلب الممارسة الجيدة اتباع إستراتيجية محكمة لتبادل المرضى (Handover) وتغيير الورديات بين مقدمي الرعاية بمختلف فئاتهم. ويتمثل نجاح عملية الاتصال في انتقال المعلومات والتعليمات والرسائل بدقة من شخص لآخر في كل نقطة من نقاط تقديم الرعاية. ومن المناسب تقنين عملية التبادل بحيث يتم التواصل بطريقة محكمة ومكتملة متضمناً معلومات نوعية وكمية على ثلاثة مستويات (IOM, 2001):

١. تبادل الحقائق المتعلقة بالحالة الصحية للمريض، كالبيانات الفسيولوجية والعلامات الحيوية والجوانب السلوكية المتعلقة بحالته الصحية.

٢. معلومات عن عوامل الخطر (Risk Factors) وهي الاحتمالات المرتبطة بحالته الصحية والخطورة التي يواجهها كنتيجة لتلقائية لوضعه الصحي الخاص.

٣. تحليل مقدم الرعاية للبيانات الفعلية وعوامل الخطورة المرتبطة بحالة المريض، أي رأيه الخاص حسب تحليله الشخصي لهذه المعطيات وتقديره لوضع المريض، والخطة التي يقترحها للتعامل مع الحالة وفق اختصاصه.

ويتم تبادل هذه المعلومات كحد أدنى بين مقدمي الرعاية في كل نقطة يتم فيها تبادل المواقع بينهم على رعاية المريض. ويمكن أن يتم تبادل المعلومات خطياً أو شفهاً أو إلكترونياً. كما يمكن استخدام أسلوب (SBAR) للتواصل بين مقدمي الرعاية في عملية التبادل وتغيير الورديات لضمان انتقال كامل للمعلومات بين أعضاء فريق العمل حرصاً على سلامة المريض. كما تستخدم لهذا الغرض قوائم الفحص (Checklists) المعدة خصيصاً لضمان تبادل المعلومات بدقة خلال عملية تبديل الورديات وتناوب مقدمي الرعاية على رعاية المريض.

سمات فرق العمل ذات الأداء العالي:

لم يعد العمل وفق أسلوب الفريق خياراً ثانوياً للمنظمات الصحية، بل أصبح وسيلة لتحقيق الأهداف وأداء المهام والحفاظ على سلامة المرضى. ويتمثل الهدف من الأخذ بمنهجية العمل الجماعي في جعل فريق العمل وحدة متماسكة ومتجانسة تمتاز بالفاعلية والتفاعل المثمر بين الأعضاء. وتتميز فرق العمل الفعالة بروح الثقة والتعاون بين أعضائها والعمل المستمر لتنمية مهارات الأفراد وزيادة مداركهم والاهتمام في الوقت ذاته بتنمية مهارات إدارة الصراعات وفرض النزاعات الفردية لتصبح في النهاية جماعة مندمجة ملتزمة بالعمل على تحقيق الأهداف (O'Daniel and Rosenstein, 2004). ويرتكز العمل الجماعي الناجح على التواصل الفعال داخل الفريق، وتوفير الموارد الكافية والدعم التنظيمي، والاعتراف المشترك من جانب الأعضاء بالأدوار المشتركة وقدرات كل عضو بالفريق. وفيما يلي نناقش أهم السمات التي تميز فرق العمل ذات الأداء العالي (High Performing Teams) والتي تتجس في تأسيس العمل الجماعي الفعال وتحقيق الأهداف وتقليل المخاطر.

١- التوجه الواضح والهدف المشترك:

تعتمد فاعلية الفريق على توافر الرغبة الجادة من جانب أعضاء الفريق للتعاون في خدمة هدف مشترك، مثل هدف تحسين سلامة المرضى وتأسيس بيئة خالية من الأخطاء. وتتميز الفرق ذات الأداء العالي بامتلاك أعضائها رؤيةً مشتركة وأهدافاً محددة ومهمة واضحة تمثل سلامة المرضى محوراً (O'Daniel and Rosenstein, 2004). كما تتميز هذه الفرق بوضوح مهام وأدوار أعضاء الفريق والمشارك في المسؤولية عن نجاح المهمة، والتوازن المناسب لدور كل عضو داخل الفريق. وتجدر الإشارة أنه بدون الرغبة الجادة والقناعة الصادقة والإدراك الواعي من قبل أعضاء الفريق بأسس وقواعد العمل الجماعي، يكون الفريق صورياً، ولا تتحقق وحدة الجماعة، بل يقوم كل عضو في الفريق بعمله وحسب، وبذلك تتشكل أهداف منفصلة لرعاية المريض (O'Daniel and Rosenstein, 2004). والعكس صحيح؛ إذ يكتف أسلوب الفريق الجهد لصالح المريض من خلال هدف واحد مشترك لكل المهام التي تتضمنها خطة العلاج، ويتم الربط بين الخدمات المتخصصة بحيث تؤدي بشكل تكاملي يعزز أهداف الرعاية الصحية الآمنة. وتعد الأنشطة الهادفة لبناء فرق العمل وسيلة فاعلة للتأثير الإيجابي في العلاقات بين الأفراد بهدف رفع أدائهم وتوحيد جهودهم لأداء المهام الموكلة إليهم والوصول إلى الأهداف بأفضل الطرق والسبل الممكنة.

٢- التماسك والثقة المتبادلة:

يمتلك أعضاء الفرق ذات الأداء العالي شعوراً جماعياً بالفاعلية وبوحدة الفريق، ويدركون اعتماديتهم المتبادلة على بعضهم البعض (Interdependancy)، ويؤمنون بالفريق كوسيلة أساسية لإنجاز جميع المهام في البيئة الحيوية المميزة لمرافق الرعاية الصحية. كما يؤمن الأعضاء بقدرة الفريق على مواجهة مختلف التحديات وحل المشكلات التي تعترض مهمته، وتوفير أفضل مستويات الرعاية للمرضى. وفي غياب الاعتراف المشترك بالاعتمادية المتبادلة وتكامل أدوار أعضاء الفريق تختل ديناميكية جماعة العمل، مؤديةً إلى وقوع الأخطاء أو الحوادث المؤثرة على سلامة المرضى (O'Daniel and Rosenstein, 2004).

٣- نماذج الأداء الجماعي المشترك:

تتميز الفرق ذات الأداء العالي بإدراك أعضاء الفريق لرسالة الفريق وأهدافه، والموارد المتاحة لاستخدامه، والقواعد التي ينبغي عليهم الالتزام بها خلال أدائهم

لمهمتهم. كما يدرك أعضاء الفريق نقاط القوة والضعف في قدرات بعضهم البعض، وسبل التغلب على الصعوبات التي تعترض عملهم. وتتمحور نماذج الأداء المشترك في معرفة أعضاء الفريق لتسلسل مهامهم وطبيعة ارتباطها ببعضها، ووضع إستراتيجية لتسيق التداخل فيما بينها، وصياغة نماذج واضحة لأداء المهام المشتركة (O'Daniel and Rosenstein, 2004). على سبيل المثال تتضمن عملية وضع نماذج المهام المشتركة تحديد المهام والمعدات والتفاعلات لكل عضو في الفريق، وحصر المشاكل التي واجهها في مختلف بيئات الأداء من أجل تحديد التوقعات والاحتمالات ووضع البدائل. ومما لا شك فيه أن الفريق يتمكن من خلال فهم أدوار ومسؤوليات كل عضو من أعضائه من الإلمام والتكيف بسرعة مع العمل الجماعي وفهم نماذج العمل المشترك في بيئة دينامية.

٤- القدرة على التكيف:

يعرف التكيف بأنه قدرة الفريق على «تكيف إستراتيجياته وفقا لمتطلبات مهمة معينة». ويتضمن ذلك القدرة على تحديد الانحرافات عن الإجراءات الموضوعية وبروتوكولات الرعاية والأهداف المتوقعة وتصحيحها. وتتوفر لدى أعضاء الفرق ذات الأداء العالي القدرة على التكيف مع الطبيعة الديناميكية للحالات الطارئة والوعي بالمشاكل المحتملة أو الظروف الخطرة وعدم التردد في تعديل إستراتيجيات العمل لمواجهة الضغوط (O'Daniel and Rosenstein, 2004). ويدرك أعضاء الفرق ذات الأداء العالي أن العمل الجماعي هو الآلية الأفضل لتحقيق هذا التكيف، ويستخدمون المعلومات التي تم جمعها من البيئة لإجراء التعديلات في خطة العلاج أو إجراءات العمل.

وتتسم فرق العمل الطبية متعددة التخصصات بأنها تعمل في سياق عالي التعقيد، ليس فقط بسبب الخصوصية التي تمثلها حالة كل مريض، ولكن أيضا بسبب التغيرات المتكررة في أعضاء الفريق والتي توجد بدورها مجموعة من المتغيرات الشخصية، والمهارات، والتفضيلات التي تؤثر على أداء الفريق وتستوجب التكيف معها. لذا يتوقف العمل الجماعي على قدرة كل عضو في الفريق على التكيف مع سلوك الآخرين ومع البيئة المتغيرة وطبيعة الترابط أو الاعتمادية التبادلية بين أعضاء الفريق. ومن أهم المزايا التي يحققها التكيف في الفرق الطبية هو أنه يساعد على استخدام جميع الموارد المتاحة (على سبيل المثال الخبرة المتوفرة لدى كل عضو من أعضاء الفريق) بدلاً

من اتباع خطوط السلطة البيروقراطية والتي قد تعرقل سير العمل وبخاصة في ظل ضغوط الوقت في المجال الصحي.

5- السلوك التعاوني ورصد أداء الفريق،

تتبنى الفرق ذات الأداء العالي آليات محددة لرصد وقياس أداء أعضاء الفريق ووضع خطط لتبادل العمل أو الاحتياط لأي ظروف طارئة. ويقتضي ذلك وضع بدائل لتكليف أعضاء آخرين بالمهام، في حال تعرض المكلف الأساسي للإجهاد والتعب أو أي ظرف طارئ يمنعه من تأديتها. يقوم مفهوم السلوك التعاوني أو ما يعرف بسلوك الاحتياط على الاعتراف بأن لا أحد معصوم من القيود التي قد تؤثر على الأداء مثل الإجهاد، والحرمان من النوم، أو الأعباء الذهنية (O'Daniel and Rosenstein, 2004). ويتناقض ذلك مع الثقافة المهنية التقليدية التي تغرس قناعة لدى مقدمي الرعاية بأنهم قادرون على تحمل ضغوط العمل المتواصلة ويمتلكون كل الإجابات ولديهم حصانة ضد ارتكاب الأخطاء. ولكن في واقع الأمر ينبغي إدراك أن مقدمي الرعاية لا يزالون بشراً وعرضة للضغوط الكامنة في وظائفهم وحياتهم الشخصية. لذلك يساعد السلوك التعاوني على تعزيز القدرة على مواجهة العوامل البشرية المحفزة للخطأ وتجنب الأخطاء الناجمة عن الضغوطات (IOM, 2001). ويساعد الوعي المشترك في تفويض المهام وإعادة ترتيب الأولويات، وإجراء تحويل بسيط في أعباء العمل بين الزملاء بهدف الحد من الأخطاء الناجمة عن الإجهاد والتعب الزائد. فالحوادث في بيئة الرعاية الصحية تقع غالباً بسبب أخطاء «تافهة» كان بالإمكان منعها. لهذا ينبغي أن تضم الفرق الفعالة أعضاء يلاحظون باستمرار عمل زملائهم، بهدف اكتشاف وتصحيح الأخطاء الصغيرة التي يمكن أن تؤدي إلى مشاكل كبيرة. ويساعد هذا الوعي المشترك أعضاء الفريق على اكتشاف أوجه القصور في أداء زملائهم أو حدة ضغوط العمل لديهم، مما يمكنهم من تحويل العمل لزملاء آخرين متى كان ذلك ضرورياً. وإذا لم يتوافر هذا الوعي المشترك فقد لا يتم الكشف عن الأخطاء إلا بعد أن تؤدي إلى نتائج سلبية (على سبيل المثال تدهور حالة المريض). ويمثل هذا الوعي المشترك حيال المهمة والفريق الأساسي لهذه المهارة، مما يسهل تحديد متى يمكن التدخل، فضلاً عن ينبغي له التدخل. لذلك ينبغي أن يعمل أفراد الفريق باستمرار لتطوير أدائهم وأن يقوموا تلقائياً بالتعويض عن أي قصور في أداء بعضهم البعض، وإعادة توزيع المهام بينهم حسب الضرورة.

٦- آليات الاتصال الفعال:

تتبنى الفرق ذات الأداء العالي حلقة واضحة للاتصال الموجز والمحدد بين أعضاء الفريق بحيث تصل الرسائل المرسلّة من مختلف الأطراف لجميع أعضاء الفريق ويتمكنون من تفسيرها بشكل صحيح. كما تتيح بيئة العمل في الفريق التواصل المفتوح والمنظم والواضح، والمشاركة وتبادل المعلومات والتعامل القائم على الاحترام.

٧- القيادة الفاعلة:

تتمتع الفرق ذات الأداء العالي بقيادات فاعلة تؤمن بأهمية العمل الجماعي وتتبنى إدارة فعالة للنزاع، مع وضوح السلطة والمحاسبية. وتعزز هذه القيادات بيئة غير عقابية في التعامل مع الأخطاء والحوادث، وتتبنى آلية واضحة لاتخاذ القرار الجماعي المشترك وتسعى إلى توفير الموارد التي يحتاج إليها أعضاء الفريق.

٨- الدافعية والحماس:

يشعر أعضاء الفرق ذات الأداء العالي بالدافعية لتحقيق المهمة المناطة بالفريق، وأهدافه ورسالته. ولديهم توجه جماعي قوي وقناعة تامة بأن الفريق يمكن أن يواجه وينجح جميع التحديات التي يصعب لأي فرد منهم التغلب عليها بمفرده.

الدروس المستخلصة من قطاع الطيران للتدريب على مهارات الاتصال الإنساني والعمل الجماعي:

من التجارب الناجحة في مجال الملاحة الجوية، التي يرى البعض أن بالإمكان الاستفادة منها في منظمات الرعاية الصحية، برنامج إدارة طاقم قمرة القيادة أو (Cockpit Resource Management CRM) وهو نظام للتدريب الداخلي في المجالات التي يمكن أن يترتب على الخطأ البشري فيها نتائج كارثية. ويمكن تعريف برنامج إدارة طاقم قمرة القيادة (CRM) بأنه نظام إداري يدفع للاستخدام الأمثل لجميع الموارد المتاحة (المعدات والإجراءات والبشر) لتعزيز السلامة وكفاءة عمليات الطيران (Helmreich, 2000). ويمكن تفصيل ذلك كما يلي:

- طاقم الفريق: ويمكن أن يشمل العاملين في وحدة العناية المركزة أو أقسام الجراحة وغيرها من أطباء وممرضين وغيرهم.

- الموارد: المعدات والأدوات والإجراءات والأنظمة والسياسات.
- إدارة مهارات سلوكية محددة للقيادة، والتواصل، واتخاذ القرارات، والانتباه للأخطاء قبل وقوعها.

يهدف البرنامج في المقام الأول إلى تحسين السلامة الجوية، بالتركيز على التواصل الإنساني، والقيادة الفاعلة، والعمل الجماعي، واتخاذ القرارات داخل قمرة القيادة (Helmreich, Klinec, Wilhelm, 1999). انطلق هذا النمط من التدريب من ورشة عمل لوكالة ناسا في عام ١٩٧٩م، والتي وجدت أن السبب الرئيسي لمعظم حوادث الطيران هو الخطأ البشري.

يؤكد هذا البرنامج على الدور التي تلعبه العوامل البشرية في المواقف المشحونة بالقلق الشديد والخطورة العالية، وخاصة بعد أن تبين أن نسبة كبيرة من حوادث الرحلات الجوية تقع بسبب عوائق الاتصال الإنساني بين أفراد طاقم الطائرة. صمم الخبراء في مجال الطيران المدني هذا البرنامج للتدريب على الأمن والسلامة بالتركيز على الإدارة الفعالة للفريق ووضع معايير للاتصال والعمل الجماعي، وتوظيف كل الوسائل المتاحة من معلومات ومعدات وأفراد لتحقيق السلامة والقيام برحلات جوية آمنة. يجمع هذا البرنامج بين التدريب وبين تمثيل الأدوار والمحاكاة، واستخلاص المعلومات من النقاش الجماعي، وقياس وتحسين أداء طاقم القيادة (Helmreich, Klinec, Wilhelm, 1999). ويتضمن التدريب عدة مواقف تتعدد فيها الظروف المحيطة، والتي تتطلب تكييف العمليات واتخاذ القرارات السريعة حسب الظروف والمعلومات المتغيرة. يشتمل البرنامج التدريب على مجموعة واسعة من المعارف والمهارات والاتجاهات بما في ذلك الاتصالات والوعي الظرفي (Situational Awareness) وحل المشكلات وصنع القرار والعمل الجماعي. ولا يهتم البرنامج كثيراً بالمعارف التقنية والمهارات المطلوبة لقيادة وتشغيل الطائرة، وإنما بالمهارات المعرفية والشخصية اللازمة لإدارة الطائرة. وفي هذا السياق، يتم تحديد المهارات المعرفية والعمليات الذهنية المستخدمة لتنمية والمحافظة على الوعي الظرفي من أجل حل المشاكل واتخاذ القرارات السريعة.

ويمثل هذا البرنامج تغييراً جوهرياً في مجال التدريب الذي ارتكز مسبقاً على التعامل فقط مع الجوانب الفنية للطيران، وينطلق من إدراك عميق بمحددات القصور في الأداء البشري كالتعب والقلق ومختلف العوامل البشرية. ويحدد البرنامج

السلوكيات المضادة لارتكاب الأخطاء كالقيادة الفاعلة والتوجيه والرقابة. ومن الناحية العملية يهدف هذا البرنامج إلى تعريف أفراد الطاقم بجوانب القصور في الأداء البشري لتحديد الأخطاء المعرفية، وتأثير الإعياء وما يحدث من حالات مفاجئة على التواصل والتعامل في المواقف الحرجة.

أحدث هذا البرنامج تحسينات كبيرة في مجال الطيران عبر السنوات الخمس والعشرين الماضية مما جعله نموذجاً قيماً يمكن الاستفادة منه في مجال الرعاية الصحية. كما أن السلوكيات الخاصة بالسلامة والتي تمت دراستها وتطبيقها بطريقة موسعة في مجال صناعة الطيران يمكن أن تطبق أيضاً في مجال الرعاية الصحية (Sexton, Thomas, Helmreich, 2000). لذلك يمكن لقطاعات الرعاية الصحية الاستفادة من هذا البرنامج بتصميم برامج تدريبية مماثلة لتهيئة العاملين في هذا القطاع للتواصل في حالات الطوارئ وتحت الضغط الشديد في أقسام الإسعاف والجراحة وغيرها.

إستراتيجيات تفعيل الاتصال في فريق الرعاية الصحية:

يتأثر التواصل في مجال الرعاية الصحية بمجموعة من العوامل منها: القدرات والصفات الفردية وسلوكيات فريق العمل والعوامل التنظيمية ووجود الدعم التنظيمي لثقافة السلامة. ويتطلب تحسين الاتصال في بيئة الرعاية الصحية فهماً تفصيلياً للوضع والسياق الذي يتم تقديم الرعاية فيه للمرضى، والالتزام من جانب المنظمة بثقافة السلامة وتحسين الجودة ودعم العمل الجماعي. ولتحقيق تحسينات مستدامة في التواصل الفعال في مجالات الرعاية الصحية لابد من تزامن الجهود على ثلاثة مستويات: الفرد والفريق والمنظمة.

إستراتيجيات خاصة بالأفراد:

تهدف هذه الإستراتيجيات إلى التغلب على العوامل البشرية المؤثرة على فاعلية الاتصال ومنها ضعف مهارات التواصل، وعدم تحمل التعب والتوتر وضغوط العمل، إضافة إلى سمات العاملين واتجاهاتهم، والنسيان والشرود والتشتت الذهني والمقاطعات. وتساعد هذه الإستراتيجيات على تمكين الأفراد من تطوير مهارات تعزيز الاتصال، ومنها مهارات السلوك الحازم، والاستماع الفعال والتفاوض، وذلك كما يلي:

- السلوك الحازم: قد يشعر العاملون في الرعاية الصحية في بعض الأحيان بالحاجة للاعتراض على قرار معين فيما يتعلق برعاية المرضى، ولكن هذا قد يكون صعباً نظراً لعلاقات السلطة الهرمية بين الكبار والصغار من العاملين من مختلف المهن. لذلك يعد تعلم الحزم دون تهاون أو عدوانية خطوة إيجابية نحو تحسين فاعلية الاتصال والمحافظة على سلامة المرضى.
- الإصغاء الفعال: وهذا يتطلب أن يمتلك مقدمو الرعاية الصحية مهارات الاستماع، والتركيز على مضمون رسائل الآخرين، ومقاومة تشتيت الذهن. كما يعني ذلك أيضاً تبني ذهنية منفتحة تجاه أفكار الآخرين حتى ولو كانوا يختلفون معها.
- التفاوض: أن يسعى الأفراد لتطوير إدراكهم للاختلافات في أساليب ومهارات الاتصال، والتشاور مع الزملاء من التخصصات الأخرى، وتقدير وجهات نظر الآخرين وآرائهم وإدارة النزاع إن حدث.

إستراتيجيات خاصة بالفريق:

حيث يتم تقديم الرعاية للمرضى غالباً من خلال فرق متعددة التخصصات، ينبغي تبني إستراتيجيات خاصة داخل الفريق بهدف تعزيز الاتصال والتغلب على أي عوائق تعيق التواصل الحر والمفتوح بين أعضاء الفريق. وفي ظل تنوع أساليب وأنماط الاتصال بين أعضاء فرق الرعاية فإن تبني إستراتيجيات هادفة لتفعيل التواصل يعد ركيزة مهمة لكي لتعمل الفرق بالشكل الأمثل لضمان سلامة المرضى وجودة الرعاية. وتشترك فرق العمل الفعالة في الهدف والنية المشتركة والثقة والتعاون حيث يتعلم أعضاء الفريق معنى الألفة والأجواء غير الرسمية. ويحرص كل عضو من أعضاء الفريق على ألا يرتكب غيره أخطاء، في حين أن الفرق التي لا تسودها الثقة والاحترام المتبادل والتعاون يزيد فيها احتمال ارتكاب الأخطاء. لذلك فإن من أهم الخطوات الحاسمة لتعزيز الاتصال هي وجود رغبة جادة لدى المنظمة وجميع أعضائها في بناء ثقافة إيجابية تدعم الاتصال وتعاون الفريق. وينبغي توفير التغذية المرتدة لأعضاء الفريق حيال أدائهم وحيال الأخطاء والحوادث إن وقعت وأوجه القصور وسبل التغلب عليها. وينبغي أن تركز المعلومات المقدمة على السلوكيات وليس على السمات الشخصية، بحيث تكون بناءة وتقدم في الوقت المناسب بغرض تحسين أداء الفريق وليس بهدف توجيه اللوم.

إستراتيجيات خاصة بالمنظمة:

تؤثر العوامل التنظيمية على فاعلية الاتصال الإنساني داخل فرق الرعاية الصحية. لذا ينبغي أن تتبنى المنظمة إستراتيجيات تنظيمية هادفة لتسهيل تدفق المعلومات وتبادلها وتأسيس قنوات للتواصل المفتوح، وتعزيز الشفافية والثقة. ويتطلب تعزيز الاتصال الإنساني فهم السياق الذي يتم فيه تقديم الرعاية وإزالة الحواجز التنظيمية والوظيفية التي تعيق الاتصال الفعال في المنظمات الصحية. وتلعب القيادات دوراً فاعلاً في تحسين الاتصالات داخل هذه المنظمات من خلال التوجيه والالتزام بالسياسات الداعية لتحقيق الاتصال المفتوح وتعزيز الشفافية. لذلك لابد من أن تسعى المنظمات الصحية لتنمية السلوك التعاوني أكثر من التنافسي لصالح رعاية المرضى، بإيجاد حافز قوي للعمل الجماعي ولفت الانتباه إلى المواقف السلوكية التي يمكن أن تنعكس سلباً على سلامة المرضى. من جانب آخر ينبغي أن تكون المنظمات قادرة على تشخيص بيئة العمل فيها والتعرف على أثر السلوكيات الإنسانية السائدة فيها على التواصل وتبادل المعلومات وتحديد الفرص المواتية للتحسين. ويسهم التقييم الداخلي في تشخيص وضع المنظمة واقتراح الحلول للتعامل مع السلوكيات المناهضة للعمل الجماعي والتواصل المفتوح.

ولا شك أن تمكين فرق العمل المختلفة من تأسيس صيغة مهنية للعمل الجماعي يعد إستراتيجية فعالة لتحسين التعاون والاتصال الإنساني وتبادل المعلومات، لذلك لابد أن تعمل المنظمات الصحية لتحسين الاتصالات الرسمية وغير الرسمية، وتشجيع الحوار المفتوح والتعاون، وتشكيل الفرق لصياغة إجراءات العمل ول مناقشة المشكلات وتقديم الحلول على شكل آليات مؤسسية للاتصال الفعال.

ويتحقق الاتصال الفعال في منظمات الرعاية الصحية التي تتسم بالخصائص التالية:

١. تربط بشكل واضح بين التواصل الفعال والعمل الجماعي وسلامة المرضى.
٢. تتبنى رؤية واضحة حيال أساليب الاتصال التي تتطلع لتعزيزها.
٣. تعزز عملية التواصل التي تدعم التحسين المستمر في سلامة المرضى وجودة الرعاية.
٤. تقيم باستمرار مدى دعم الثقافة التنظيمية السائدة لسلامة المرضى، وتحديد مجالات التحسين، من خلال استقصاء آراء العاملين.

٥. تعزز وتشجع تأسيس ثقافة تنظيمية تقيم التعاون والعمل الجماعي، والانفتاح والصدق والاحترام المتبادل وتعزيز التواصل المفتوح والفعال.
٦. تتمكن من تأسيس مناخ مناسب يشعر فيه أعضاء الفريق بالأمان في الحديث عن القضايا المتعلقة برعاية المرضى بغض النظر عن اتجاهاتهم الشخصية أو مرتبتهم الوظيفية.
٧. توفر الموارد وتحدد إستراتيجيات الاتصال المناسبة لضمان أن يتم تبادل المعلومات بشكل فعال بين الأفراد.

يواجه العمل الجماعي في المجال الصحي تحديات جمة بسبب إغفال التدريب الطبي التقليدي لأسس ومهارات العمل الجماعي والتعاون، وتركيزه على تشجيع استقلالية الممارسين. ومن أهم الصعوبات الناشئة عن هذا المنظور الاستقلالي هي اختلاف قيم وقناعة أعضاء الفريق بقدرة بعضهم البعض على إدارة الرعاية، واختلاف الرؤى حول الجهة المسؤولة في نهاية المطاف عن مخرجات الرعاية، وماهية العمل الجماعي. كما قد يشكل تنوع خلفيات الفريق عائقاً أمام التجانس والتفاعل التلقائي مما يؤدي إلى تدني مستوى الأداء، إلا إذا كانت المجموعة قادرة على تجاوز إشكالية التنوع بين أعضائها من خلال الاتصال الفعال.

من أهم خصائص العمل الجماعي في المنظمات الصحية هي أن عضوية الفرق الطبية غير ثابتة، ونادراً ما تستمر لمدة طويلة، إذ يتغير ويتجدد أعضاء الفرق الطبية باستمرار. لذلك فإن من المهم تحديد المعارف والمهارات والاتجاهات التي يمكن أن تنتقل بين مختلف فرق العمل وفي مختلف الحالات والظروف، والتي يمكن أن تستفيد منها الفرق الجديدة. لذلك ينبغي أن يتم تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على هذه المهارات والسلوكيات الشخصية لتحسين التفاعل الإنساني فيما بينهم. ولتحقيق الحد الأدنى من تعاون الفريق لابد من توافر الفهم الأولي للمبادئ الأساسية للعمل الجماعي. ويمكن تحقيق ذلك بتطوير برامج التدريب المناسبة لتسهم في تغيير النظرة للعمل الجماعي وتعزيز احترام وتقدير إسهام الآخرين، والتركيز على الفوائد التي يحققها العمل الجماعي للمريض، وتخفيف حدة النزاع وتحسين أداء الفريق. وتحمل مؤسسات الرعاية الصحية مسؤولية تنفيذ ودعم تدريب العاملين على التعاون والعمل الجماعي لتحسين رعاية المرضى. ويجب أن يتأصل هذا الاعتقاد في الثقافة التنظيمية كي يقتنع الممارسون بأن العمل الجماعي يساعد بشكل أكبر في تحقيق

فاعلية الخدمة التي تركز على المريض. وبدون ذلك فإن مقاومة التغيير ستؤدي إلى الإبقاء على هياكل الرعاية المرتكزة على الفرد والمحافظة على الوضع الراهن. لذلك فإن فهم طبيعة العمل الجماعي وكيف تتبلور مكوناته في الإدراك والسلوك يُعد من أهم العوامل المؤثرة في وجود أداء جماعي يتسم بالتنسيق والتكيف في المنظمات الصحية. ولا شك أنه حتى البيئة التي يسودها الدعم والتعاون لا تخلو من بعض الصعوبات كفقدان الاستقلالية وضعف الثقة بالنفس والثقة في قرارات الآخرين وسوء الفهم وتضارب الآراء، لكن معظم هذه الصعوبات يمكن التغلب عليه من خلال التدريب المستمر على مهارات العمل الجماعي والتواصل الإنساني الفعال.

خاتمة:

يشير تقرير IOM «كل ابن آدم خطأ» إلى أن المنظمات الصحية استثمرت الكثير من الوقت والجهد في تحسين أنظمة وأساليب وتقنيات رعاية المرضى، في الحين الذي أهملت فيه النظر إلى الجوانب الإنسانية أو السلوكية (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999). لذلك فإن من أهم مقومات السلامة وجودة الرعاية التغلب على معوقات الاتصال التي تؤثر على التعاون وتبادل المعلومات وأداء الأدوار والمسؤوليات المباشرة عن رعاية المريض. وتقع على عاتق القيادات الصحية في مختلف المستويات مسؤولية اتخاذ التدابير والإجراءات التي تدعم المبادئ والسلوكيات الداعية لتعزيز الاتصال المفتوح والعمل الجماعي الفعال لأغراض السلامة. وقد أكدنا في هذا الفصل أهمية استخدام وتطوير سياسات تقنين السلوك الإنساني للتواصل في مختلف الظروف والسياقات، وضرورة تفعيل الالتزام بهذه السياسات وألا تتفصل عن الجوانب الأخرى لمنظومة الرعاية الصحية بما في ذلك الجوانب الفنية والإكلينيكية. كما ينبغي أن تكون تلك السياسات جزءاً من الالتزام الأخلاقي للعاملين في المجالات الصحية وأن يدرج مضمونها في بروتوكول مقنن يوضح المعايير المتوقعة للأداء ويحدد كيفية التعامل مع السلوكيات العشوائية ومشاكلها والتوصيات المناسبة حيالها وخطط المتابعة وما يجب فعله في حال وجود مقاومة أو عدم التزام بمقتضياتها. وينبغي قبل تنفيذ هذه السياسات التأكد من أن جميع العاملين على معرفة بمضمونها والغرض منها وهدفها. ومن أبرز الإستراتيجيات التي تعزز التواصل داخل فريق العمل استخدام أداة (SBAR)، ووضع آليات مقننة لتبادل المعلومات عند تغيير الورديات أو انتقال المرضى من مقدم رعاية لآخر. وبالإستفادة من تجارب قطاع الطيران يمكن للقطاعات الصحية تبني إستراتيجيات لتنمية مهارات الفريق بوضع البرامج التدريبية وتعزيز مهارات الاتصال

الفعال وإدارة الأزمات والضغط وغيرها من المهارات الضرورية لدعم استمرارية العمل الجماعي لرفع جودة الرعاية الصحية وتعزيز سلامة المرضى. وقد بين هذا الفصل أن العمل الجماعي لا يمكن أن يتحقق تلقائياً كما لا يمكن أن ترتقي فاعلية فرق العمل إلا بتبني إستراتيجية فعالة للتواصل داخل الفريق وتنمية الكفاءات التي تتسم بها الفرق ذات الأداء العالي. ولاشك أن تطوير الاتصال داخل فرق الرعاية الصحية يتطلب العمل الموجه لإحداث التحول المطلوب على مستوى الفرد والفريق والمنظمة.

الفصل الثامن

دور القيادات في تعزيز سلامة المرضى

تعد القيادة أحد العناصر الحاسمة في تحقيق الجودة والرعاية الصحية الآمنة في المنظمات الصحية، لذا تتحمل القيادات الإدارية والفنية جل المسؤولية حيال تحسين الأداء وتعزيز سلامة المرضى. وتملك القيادات في هذه المنظمات -إن كانت جادة في اهتمامها- أن تحدث فرقاً على صعيد ثقافة السلامة والوقاية من الأخطاء والحوادث والإهمال والتقصير. وطالما أكدت الأدبيات المتخصصة هذا الارتباط بين القيادة الجيدة وجودة الرعاية الصحية، وأهمية الدور القيادي في تحقيق أهداف المنظمات وإحداث تحول إيجابي في مسارها. وعلى أهمية الدور القيادي في تعزيز سلامة المرضى، فإنه لا بد من الإشارة إلى أن القيادات الصحية تواجه واقعاً إدارياً مختلفاً عن القيادات في المنظمات الأخرى، نظراً لوجود اختلافات جوهرية بين منظومة الرعاية الصحية والقطاعات الأخرى من أبرزها الاعتماد على فرق عمل متعددة التخصصات ومتنوعة الخلفيات، تعمل ضمن منظومة فنية معقدة، وتتحمل مسؤولية مهنية وإنسانية وأخلاقية عالية. وبالتالي فإن تعزيز السلامة وجودة الرعاية يحتم توافر المهارات اللازمة لدى القيادات الصحية لدعم وتمكين فرق العمل ليس فقط بالمهارات الفنية والإكلينيكية فحسب بل من العمل بفاعلية مع الآخرين، وإحداث التغييرات اللازمة عند الضرورة في إجراءات ونظام الرعاية.

وتكتسب القيادة في المنظمات الصحية أهمية خاصة نتيجة لطبيعة هذا القطاع الحيوي الذي يلامس حياة الناس وصحتهم، وتعقيد منظومة العمل فيه. ويشهد واقع منظومة الرعاية الصحية مؤثرات ومتطلبات مختلفة تحتم على القيادات الصحية تبني أدوار متنوعة وفق ما تفرضه العوامل المتغيرة في بيئتها الداخلية والخارجية. ومن أبرز العوامل المؤثرة في نظم الرعاية الصحية في مختلف أنحاء العالم: تغير توقعات المرضى، والتقدم التكنولوجي، وتزايد الاهتمام بتحسين سلامة وجودة الرعاية، والمساءلة حيال مخرجات الرعاية، مما يمثل تحدياً للمنظومة المهنية والإدارية التقليدية في هذه المنظمات. لذلك تبرز الحاجة الآن أكثر من أي وقت مضى لتقييم نظم الرعاية الصحية وجعلها مواكبة لهذه التغييرات، وتأسيس القيادة التنظيمية الفاعلة بهدف تقديم رعاية آمنة ضمن هذه المنظومة المعقدة.

يسلط هذا الفصل الضوء على مفهوم القيادة ودورها في تعزيز السلامة في المنظمات الصحية متاولاً أنماط القيادة وتأثيرها في تحقيق أهداف التحسين المستمر وإحداث النقلة اللازمة في ثقافة المنظمات الصحية وأساليب العمل والممارسات الفنية والإدارية فيها. كما يتطرق لمقومات الدور القيادي اللازم لدعم جهود السلامة بالرجوع إلى الدلائل العلمية، ويستعرض أحد الأساليب المتبعة في المنظمات الصحية لتفعيل الدور القيادي في تأسيس التوجه نحو الجودة والسلامة، وهو أسلوب «جولات القيادات Leadership Walkrounds».

القيادة في المنظمات الصحية:

تمثل القيادة محوراً هاماً ترتكز عليه جميع النشاطات في منظومة الرعاية الصحية لتحقيق أهدافها وتلبية احتياجات المستفيدين والالتزام بمعايير الجودة وسلامة المرضى. وفي ظل التعقيد الذي أصبح سمة أساسية في منظومة الرعاية الصحية اليوم وتشعب أعمالها وتنوع العلاقات الداخلية فيها وتشابكها وتأثرها بالعوامل الخارجية، برزت الحاجة لتأسيس آليات التغيير والتطوير المستمر (Conway, 2006). ونظراً لتعدد تعريفات مفهوم القيادة فإن من الضرورة بمكان تحديد معنى هذا المفهوم، وخاصةً بالنظر للتباعد الكبير الذي يصل أحياناً إلى التناقض بين أطواره النظري وتطبيقاته العملية، والذي يبرز بشكل واضح في المنظمات الصحية باعتبارها أنظمة معقدة ليس فقط من الناحية الفنية والتقنية وإنما من الجوانب الإنسانية أيضاً.

تُعرف القيادة الإدارية بأنها النشاط الذي يمارسه القائد الإداري في سبيل اتخاذ القرار والتوجيه والإشراف على العاملين باستخدام سلطته الرسمية إلى جانب التأثير بقصد تحقيق هدف معين. أي أن القيادة الإدارية تجمع في هذا المفهوم بين استخدام السلطة الرسمية وبين التأثير في سلوك الآخرين وتحفيزهم للتعاون لتحقيق الأهداف التنظيمية. وبالتركيز على خاصية التأثير، تعرف القيادة بأنها العملية التي يتم من خلالها قيام فرد (القائد) بالتأثير على مجموعة من الأفراد (التابعين) بغرض تحقيق هدف (أهداف) معينة. وفي عصرنا الحاضر يعول على القيادات لتنمية العمل الجماعي وتعزيز التعاون والولاء التنظيمي والالتزام، وبناء ثقافة تنظيمية تقوم على الثقة والاحترام المتبادل، من خلال التأثير في معلومات واتجاهات وسلوك المجموعة بما يحقق رضاهم ويحقق أهداف المنظمة. ولا يتحقق هذا الدور القيادي تلقائياً، وإنما يرتبط بتوافر سمات وسلوكيات وإمكانات معينة

لدى القيادات الإدارية تتمثل غالباً في جانبين: جانب مادي عملي يتضح فيما يمتلكه القائد من صفات شخصية وقدرات ذاتية وخبرات مهنية سواء في العمل الفني أو في ممارسة الإدارة والقيادة، وجانب آخر سلوكي يتمثل في سلوكياته القيادية وأسلوبه ومنهجه في العمل ونظرته إلى العاملين وإحساسه بهم وقدرته على التأثير فيهم. وتختص المنظمات الصحية الحديثة بأن الأفراد لا ينقسمون فيها بالضرورة إلى قيادات وأتباع، بل إن الأدوار القيادية توجد في جميع المستويات التنظيمية، وفي مختلف الفئات المهنية، ويتم تبادل هذه الأدوار بشكل مستمر وفي مختلف الظروف. ويفرض تعقيد منظومة الرعاية الصحية على بعض الأفراد في مواقع مختلفة تولي زمام القيادة في بعض الأحيان، وفي أحوال أخرى يجدون أنفسهم لاعبين ضمن فريق عمل تحت قيادة آخرين. لذلك فإن من الأهمية بمكان وجود الأدوار والقدرات والمهارات القيادية في جميع المستويات التنظيمية لتحقيق جودة الرعاية وضمان سلامة المرضى (Moss and Garside, 2001).

وفي الأجزاء التالية سيتم تناول بعض القضايا المتعلقة بالقيادة في المنظمات الصحية، ومن ذلك الفرق بين مفهومي «القيادة» و «الإدارة»، وأهمية كل منهما لتحقيق الجودة وتعزيز سلامة المرضى. كما سيتم تناول مفهوم القيادة أخذاً في الاعتبار طبيعة التفاعلات الانسانية المؤثرة في منظومة الرعاية الصحية، وتوضيح الدور الذي تمثله القيادات التنفيذية والقيادات الإكلينيكية في توجيه ودعم التحول لتطبيق مبادئ السلامة في المنظمات الصحية.

القيادة والإدارة:

يتميز الخبراء بين «الإدارة» و«القيادة»، وبين دور كل من «المدير» و«القائد» في منظومة السلامة في قطاعات الرعاية الصحية. وحيث تتجسد مهمة المدير في تعزيز الاستقرار من خلال العمل على تحقيق الأهداف والالتزام بالسياسات والإجراءات الموضوعية لتحقيق السلامة، فإن مهمة القائد تتطوي على تحديد رؤى مستقبلية هادفة قد تتحدى الوضع القائم وتختلف عنه، وتوجد أساليب جديدة في العمل من أجل تقليص معدلات الخطر وتعزيز السلامة. وبينما يستمد المدير سلطته من موقعه التنظيمي وقوة النظام لغرض تعزيز الالتزام بمبادئ السلامة، فإن سلطة القائد مصدرها قوة الشخصية والتأثير في الآخرين، والقدرة على كسب ثقتهم وإقناعهم بما يسعى إليه، وبناء رؤية مشتركة معهم حول سلامة المرضى. وقد يبدو ظاهرياً

وجود تعارض بين مهمة كل من القائد والمدير، فبينما يتحدى الأول الأوضاع القائمة ويسعى للتغيير، يحرص الثاني على تطبيق النظام والخطط والسياسات، لكن ينبغي إدراك أن مهمة كل منهما مكمل للآخر. فعلى الرغم من الفرق الواضح بين دور كل من المدير والقائد، إلا أن مهمة تحسين جودة الأداء وسلامة المرضى تتطلب توافر مزيج من القيادة والإدارة الفاعلة على جميع المستويات وفي مختلف أنحاء المنظمة. لذا ينبغي أن يكون هناك تكامل في الأدوار، بحيث يلعب البعض الدور القيادي ويقوم البعض الآخر بمهام الإدارة والمحافظة على استقرار النظام. وبالنظر إلى التمييز الحاصل في أدبيات الإدارة بين مفهومي القيادة والإدارة والتحيز الحاصل أحياناً لصالح الدور القيادي لإحداث التغييرات المطلوبة لتحقيق الجودة، لابد من التأكيد على أن جهود تعزيز الجودة والسلامة تتطلب توظيف الآليات والسلطات الإدارية لتعزيز النظام والاستقرار، وفي الوقت ذاته تتطلب استخدام الأدوات والأساليب القيادية لتحفيز العاملين وتمكينهم من التكيف والسعي إلى تحقيق التغيير البناء لرفع مؤشرات السلامة. ولكي تتمكن المنظمات الصحية من بناء توجه إستراتيجي نحو سلامة المرضى وجودة الرعاية لابد أن تكون القيادات فيها قادرة على الموازنة بين المهارات الإدارية والقيادية وأن تسعى لترسيخ وإدارة فترات الثبات والاستقرار، وفي ذات الوقت لابد أن تعمل للتخطيط لإحداث تغييرات مستقبلية حاسمة وتبني أساليب جديدة في العمل لتعزيز سلامة المرضى.

القيادة الإدارية والقيادة الإكلينيكية:

تتميز منظمات الرعاية الصحية -وخاصةً للمنظمات البيروقراطية- بوجود خطين للسلطة يمثلان الازدواجية القائمة في منظومة الرعاية الصحية بين السلطة التنفيذية (Executive authority) والسلطة المهنية (Professional Authority). وعلى الرغم من أن مبدأ وحدة الأمر (Unity of Command) من الأسس المهمة في علم الإدارة إلا أن طبيعة منظومة الرعاية الصحية الحديثة تحتم وجود هذه الازدواجية في السلطة والعمل لتحقيق التوازن الفعال فيما بين السلطة الإدارية التنفيذية والسلطة الفنية أو الإكلينيكية. ويشير (Firth-Cozens and Mobray, 2001) إلى أن نظريات الإدارة عموماً لا تتطابق بحذافيرها على الجوانب الإكلينيكية أو على مجال الرعاية الصحية، فطبيعة العمل في هذه المجالات تختلف عن البيئة التي نشأت فيها معظم نظريات الإدارة، إلا أن ذلك لا يقلل من أهميتها وإمكانية الاستفادة منها لتفعيل دور القيادات الصحية التنفيذية منها والإكلينيكية.

يستمد كل نمط قيادي شرعيته من مصدر مختلف، فبينما تقوم السلطة الإدارية أو التنفيذية على أساس الموقع الوظيفي والتنظيمي، تقوم السلطة الفنية على أساس المعرفة المهنية أو الإكلينيكية. وعلى هذا الأساس تسعى القيادات الإدارية التنفيذية لتحقيق الفاعلية الإدارية وتوفير منظومة إدارية تدعم تقديم الرعاية الصحية من خلال السياسات والإجراءات الإدارية، وتوظيف عمليات الإدارة لتحقيق الجودة والسلامة. وعلى الصعيد الآخر تقوم القيادات الإكلينيكية بتوظيف المعرفة الفنية لتقديم رعاية صحية آمنة وفقاً للمستجدات العلمية والتطورات التقنية، والأسس والمعايير المهنية للأداء. وقد أدى هذا التقسيم التقليدي للمسؤوليات إلى حصر المسؤولية عن جودة الرعاية وسلامة المرضى في القيادات الإكلينيكية مما لا يخدم جهود السلامة ولا يساعد على توفير الدعم الإداري اللازم لها. لذا لابد أن تشترك في مسؤولية قيادة جهود تحسين جودة الرعاية الصحية وتعزيز سلامة المرضى كل من القيادات الإدارية التنفيذية (ممثلة في مدير المستشفى ومساعديه) والقيادات الإكلينيكية (ممثلة في رؤساء الأقسام الطبية والفنية والتمريضية). كما ينبغي إيجاد آليات مؤسسية فاعلة لتعزيز العمل المشترك وتوحيد الرؤى والجهود وضمان التزام القيادات الإدارية والفنية معاً بدعم جهود التحسين في جميع مراحلها. حيث إن جميع القيادات الصحية معنية بسلامة المرضى ومسؤولة عن دفع جهودها كل في مجال عمله (IHI, 2006). وينبغي على القيادات الإكلينيكية التنفيذية في مواقع تقديم الرعاية كمدير الصيدلية والأطباء والمرضين ومسؤولي الخدمات التشخيصية وغيرهم العمل على ترجمة الرؤى والتوجهات العليا في سلوكياتهم ومهامهم اليومية. وبالتالي فإن تضافر جهود القيادات الإدارية والإكلينيكية والتزامها جميعاً بتحقيق السلامة يشكل في مجموعه الدور القيادي المطلوب لدفع جهود التحسين.

دور القيادات في تعزيز السلامة؛

تعد القيادات المحرك الأساسي والمحور المهم التي تركز عليه جهود وبرامج السلامة في المنظمات ذات الأداء العالي والوسيلة التي تحقق من خلالها أهدافها وتميزها. وفي ظل التحولات التي تشهدها الأنظمة الصحية والاهتمام المتزايد بالسلامة وجودة الرعاية، تركزت الأنظار على القيادات الصحية مطالبة إياها بإعادة النظر في أساليب الإدارة التقليدية والتي لم تعد مجدية لمواجهة التحديات المتزايدة المتعلقة بسلامة المرضى، والقلق حيال الأخطاء الطبية والحوادث المرتبطة بالقصور والإهمال. فقد أظهرت دراسة قامت بها الهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات أن

قصور القيادات كان عاملاً مساعداً في حوالي نصف الأحداث السلبية التي تعرض لها المرضى في المستشفيات الأمريكية (The Joint Commission, 2007). وفي دراسة مسحية للأبعاد التنظيمية المؤثرة على سلامة المرضى في أربع مستشفيات سعودية تم تحديد عدة عوامل مؤثرة في سلامة المرضى وهي: الدعم الذي توفره القيادات، وتأسيس نظم الإبلاغ عن الأخطاء وتوفير الموارد الكافية (Walston; 2010). وأشارت الدراسة إلى أن المملكة العربية السعودية تشهد تغيرات هيكلية في نظامها الصحي تمثلت في التوجه نحو التخصصية وتطبيق التأمين الصحي، لذلك يعد توفير المناخ المناسب لتعزيز سلامة المرضى أمراً غاية في الأهمية. كما أكدت الدراسة أن تحسين مناخ سلامة المرضى هو أمر حاسم للحد من الأخطاء الطبية، وأن مسؤولية تهيئة هذا المناخ تقع على عاتق القيادات العليا بالمستشفيات. كما وجدت دراسة أخرى أن المستشفيات السعودية بحاجة إلى تحسين بعض جوانب ثقافتها التنظيمية ذات العلاقة بالسلامة، بما في ذلك وجود ثقافة عقابية وعدم توافر بيئة تشجع على التواصل المفتوح حيال الأخطاء، وسلوكيات القيادات الداعمة للسلامة (El-Jardali et al., 2014).

لذلك تزايد الاهتمام في السنوات الأخيرة بالدور الذي تلعبه القيادات في المنظمات الصحية في دفع جهود السلامة وترسيخ مبادئها في ثقافة المنظمة. ومع تنامي الوعي والاهتمام بتأسيس نظم الجودة والسلامة يشير الخبراء إلى وجود خمسة من تحديات غايات كبيرة تواجه القيادات التنفيذية فيما يتعلق بسلامة المرضى (Weingart and Page, 2004):

١. تأسيس الهيكلية التنظيمية اللازمة لتقديم رعاية آمنة.
٢. رصد وقياس الأداء المؤسسي فيما يتعلق بالسلامة.
٣. تعزيز ونشر الابتكارات الهادفة للحفاظ على سلامة المرضى.
٤. إدارة العلاقات مع البيئة الخارجية.
٥. إدارة سلوكهم الذاتي من أجل قيادة جهود السلامة بكفاءة.

ولا يمكن تناول مفهوم القيادة بمعزل عن مفهوم تحسين الأداء، كما لا يمكن اعتبار عملية تحسين الأداء نشاطاً مستقلاً عن بقية أوجه النشاط في المنظمات، بل تشكل جزءاً جوهرياً منها ومن دور القيادات التنظيمية فيها. فمن ناحية لا يمكن تحقيق

الجودة بدون قيادة فعالة، ومن ناحية أخرى فإن الجودة تمثل غاية ووسيلة لتحقيق أهداف المنظمة.

تؤكد دراسات المنظمات ذات الأداء العالي أن السلوكيات القيادية والممارسات التنظيمية المميزة تؤدي إلى اختلافات ملموسة في مؤشرات الجودة وسلامة المرضى وذلك نتيجة لسمات جوهرية من أهمها: وجود إحساس مشترك بالهدف والغاية المشتركة والتعاون بين منسوبيها، تبني القيادات لأسلوب عملي في الإدارة، سعيها لتأسيس منظومة للمساءلة عن الجودة والسلامة (Keroack et al., 2007). وتسعى القيادات الفاعلة إلى تلمس نبض المنظمة والثقافة السائدة فيها لكي يتسنى لها معرفة مدى تقبل العاملين لبرامج وإجراءات الجودة والسلامة، ودرجة المقاومة المحتملة لهذه البرامج (Weingart and Page, 2004). وتقع على عاتق القيادات مهمة بناء مناخ الثقة المتبادلة مع العاملين والسعي لرفع مستوى وعيهم وإدراكهم لأهمية الالتزام بمبادئ وأسس الجودة والسلامة، وتخصيص الوقت الكافي لتوجيههم وتأكيد الجودة والسلامة كتوجه إستراتيجي وغاية ثابتة للمنظمة. ولا يقتصر دور القيادات على مجرد قياس الأداء وتوجيه جهود التحسين بل يمتد ليشمل الاهتمام براحة ورضا العاملين وآليات تطوير أدائهم لتعزيز جوانب القوة لديهم، وتمكينهم من التعلم المستمر والاستفادة من الأخطاء لتطوير الأداء (Firth-Cozens and Mowbray, 2001). وينبغي على القيادات إحداث تحول في عملية صنع القرار بحيث يتم تفويض سلطة اتخاذ القرارات للشخص الأكثر خبرة وليس بالضرورة الأعلى من حيث المرتبة الوظيفية. وهذا يقتضي أن تركز القيادات العليا على الجوانب الإستراتيجية وأن تتجنب التدخل في تفاصيل العمل وتسييرها أو ما يُعرف بـ «الإدارة المصغرة» (Micromanagement)، وأن تعطي مزيداً من الصلاحيات للمرؤوسين لاتخاذ القرارات التي يملكون فيها معرفة مباشرة وتفصيلية. وهذا ينطبق على الجوانب الإدارية والإكلينيكية، إذ إن ثقافة المنظمات الصحية تمتلك منظومة قيادية تقليدية تعد الطبيب قبطان السفينة الذي يتبعه أعضاء الفريق. وهذا لا يساعد على الوقاية من الأخطاء لأنه لا يمكن أفراد الطاقم من اتخاذ القرارات التي تخص عملهم، بل يضع مسؤولية مضاعفة على الطبيب عن السلامة. لذلك لابد من إجراء تغيير في نموذج السلطة السائد في هذه المنظمات من خلال التزام القيادات بصنع تحول جذري في الثقافة السائدة وطريقة التفكير لدى جميع فئات العاملين للتكيف مع تغيير نموذج السلطة.

وفي سعيها لإدارة التغيير بهدف تعزيز السلامة فإن على القيادات الصحية النظر إلى الأمور من خلال عدستين: عدسة تلتصق بعيدة المدى لتقييم الفرص المستقبلية،

وعدسة مجهرية لدراسة القضايا الآنية الدقيقة والملحة. وعلى القيادات امتلاك مهارة التنقل برشاقة بين النظرة البعيدة والنظرة القريبة، والبقاء على مقربة دائماً من الصفوف الأمامية في أقسام ووحدات الرعاية الصحية للعمل على التخلص من القناعات والأفكار التقليدية بأن «هذه هي الطريقة التي اتبعناها دائماً».

وفي سياق جهوده الرائدة لتطوير نموذج لتحسين الأداء وتعزيز سلامة المرضى قدم معهد تحسين الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية (Institute for Healthcare Improvement) نموذج «القيادة من أجل التحسين» والذي يقترح خمسة أنشطة قيادية أساسية لتحسين الأداء (IHI, 2006):

١. صياغة الرؤية والمهمة والإستراتيجية لتوضيح توجهات المنظمة لجميع الأطراف المعنية.
٢. تأسيس منظومة قيادية فاعلة من خلال اختيار وتنمية فريق قيادي قادر على القيام بمهام تحويلية والتحقق من وجود قدرات استثنائية على التحسين داخل الفريق.
٣. تأسيس الإرادة والالتزام التنظيمي المستمر، بدءاً من قادة التنظيم إلى أسفل الهرم، ووضع منهجية فاعلة للتحسين المستمر والقابل للقياس.
٤. تعزيز التفكير الإبداعي والتجديدي حيال أفضل الممارسات السريرية والعمليات المساندة، وسبل تطبيقها، بحيث تتوفر بالمنظمة دائماً أفكار جديدة ترتقي بالوضع الراهن.
٥. الاهتمام المستمر بالتنفيذ، ودمج جهود التحسين مع أساليب أداء الأعمال، ومراجعة العمل اليومي للمنظمة، وضمان أفضل النتائج بصورة فعالة ومستدامة في جميع جوانب النشاط.

الأنماط والسمات القيادية وتأثيرها في تعزيز السلامة؛

يؤثر النمط القيادي على نجاح جهود الجودة في المنظمات الصحية، حيث تصنف الأدبيات الأنماط القيادية إلى فئتين: نمط القيادة التبادلية (Transactional) والذي يسعى إلى تعزيز الاستقرار والرقابة والمتابعة وقياس الأداء ورصد الأخطاء، ونمط القيادة التحويلية (Transformational) وهي تلك القيادة القادرة على إدارة دفة التغيير (Moss and Garside 2001).

ولعل (Burns, 1978) أول من أشار إلى مصطلح القيادة التحويلية في كتابه «القيادة»، وذلك للتمييز بين القادة الذين يبنون علاقة هادفة وتحفيزية مع مرؤوسيهـم وغيرهم من القادة الذين يعتمدون بشكل موسع على عملية تبادل المنافع للحصول على النتائج المطلوبة. وتعرف القيادة التحويلية بأنها «عملية يسعى من خلالها القائد والتابعين إلى النهوض ببعضهم البعض للوصول إلى أعلى مستويات الدافعية والأخلاق» (Burns, 1978:20). وفقاً لهذا المفهوم تسعى القيادة التحويلية إلى التأثير في مشاعر التابعين وذلك من خلال الاحتكام إلى أفكار وقيم أخلاقية سامية، إذ ينطلق سلوك القيادة التحويلية من القيم والمعتقدات الشخصية للقائد وليس من منطلق تبادل المصالح مع الرؤوسين. فالقائد التحويلي يتحرك في عمله من خلال نظم قيمية راسخة كالعدالة والاستقامة، والتي يسميها Burns «القيم الداخلية». وهذه القيم الداخلية غير قابلة للتفاوض أو التبادل بين الافراد. ويتمكن القائد التحويلي من خلال التعبير عن تلك المعايير الشخصية من توحيد أتباعه وتغيير معتقداتهم وأهدافهم وتوجيههم حسب توجهات المنظمة.

أما القيادة التبادلية، فتقوم على تبادل المنافع بين الرئيس والمرؤوس، حيث يؤثر كل منهما في الآخر باتفاق ضمني على أن يحصل كل طرف على ما يريده. فالقائد يقدم للأتباع ما يريدون الحصول عليه (على سبيل المثال مكافآت مالية)، وفي المقابل يحصل منهم على ما يرغب في تحقيقه كزيادة الإنتاجية وتحسين الأداء.

ويعد تأسيس التوجه نحو التغيير صفة أساسية للقيادة التحويلية الساعية لتحقيق جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى. ويتمثل التغيير المطلوب إحداثه لتعزيز السلامة في أمرين: التغيير في سلوكيات واتجاهات التابعين، وتغيير الثقافة التنظيمية. ومن أهم مقومات تعزيز ثقافة السلامة تأصيل القيم والسلوكيات والاتجاهات الداعمة للممارسات الآمنة بين العاملين، وإعادة بناء ثقافة تنظيمية تقوم على العمل الجماعي والاتصال المفتوح والتركيز على المريض والتعلم المستمر.

إن عملية التحول اللازمة لتأسيس التوجه نحو سلامة المرضى ليست مسألة سهلة، فهي فلسفة تقوم على إستراتيجية تغيير جذري، يمثل تحولا كبيرا في أنماط التفكير والسلوك والاتجاهات والممارسات الإدارية بعيدا عن الأنماط التقليدية. ويتطلب ذلك قيادة تمتلك رؤية واضحة وقناعة قوية بأن التغيير هو السبيل الأوحـد للبقاء والاستمرار، وهو ما يميز القيادات التحويلية عن غيرها. ويشير المتخصصون إلى أن للقيادة التحويلية أربعة أبعاد (Bass and Avolio, 1996):

١. الجاذبية والتأثير في الآخرين: إذ يحظى القائد بإعجاب واحترام وتقدير التابعين نتيجة لممارساته القيادية القائمة على قيم أخلاقية سامية ومشاركتهم في المخاطر، وتقديم احتياجاتهم قبل احتياجاته الشخصية وتعزيز الإحساس بالهدف المشترك فيما بينهم.

٢. الحفز الإلهامى: ويتمثل في قدرة القائد على توصيل توقعاته العالية إلى الآخرين، واستثارة الرغبة في التحدى فيما بينهم والالتزام بالأهداف التنظيمية، وتحفيز روح الفريق والحماسة والمثل العليا.

٣. الاستثارة الفكرية: وتتحقق كنتيجة طبيعية لتشجيع القائد على البحث عن الأفكار الجديدة والحلول الابداعية للمشكلات ودعم عملية التجديد والابتكار.

٤. الاعتبار الفردى: ويتجسد في حُسن تعامل القائد مع الأتباع وقدرته على الإصغاء لهم والاهتمام باحتياجاتهم وانجازتهم وإبداء التقدير لها.

وتسهم بعض الممارسات القيادية في الحفاظ على الوضع الراهن والتركيز على الدور الرقابي وقياس الأداء مما يرتبط بأسلوب القيادة التبادلية، تسعى ممارسات قيادية أخرى إلى تبني أساليب مختلفة لإحداث تغييرات كبيرة وفقاً لأسلوب القيادة التحويلية. وهناك اعتقاد سائد بأن القيادة التحويلية هي النمط الأفضل لقيادة الخدمات الصحية نظراً لتركيز هذه القيادات على التغيير. ولكن ينبغي إدراك أن جزءاً كبيراً من التغيير في الأنظمة الصحية في الواقع لا يحدث بالضرورة بمبادرة من القيادات التنظيمية بل غالباً ما يُفرض عليها حرفياً وبالتالي يكون دور القيادات في إيجاد التحول أو التغيير محدود. وهذا هو الحال عندما يتم تبني قوانين ولوائح معينة تفرضها الجهات التنظيمية أو التشريعية أو الرقابية. وقد يرى البعض أن الإدارة التبادلية ملائمة بدرجة أكبر لتعزيز الجودة والسلامة في المنظمات الصحية نظراً لتركيزها على مراقبة الأداء، والمراجعة السريرية، والاعتماد، وضوابط ضمان الجودة، والإبلاغ المركزي عن الأخطاء وغيرها من الأساليب المفيدة. ومع أن طبيعة الأسلوب القيادي ترتبط إلى حد كبير بجوانب شخصية تعكس تفضيلات وقدرات ومهارات القيادات إلا أن القيادات الناجحة في مجال الرعاية الصحية لابد أن تكون قادرة على الانتقال بين مختلف الأنماط القيادية حسب الظروف المحيطة أو سياق الأحداث. ولاشك أن كلاً من النمطين التحويلي والتبادلي ضروريان في سبيل تعزيز السلامة وجودة الرعاية الصحية، إذ يسهم القائد التبادلي في تعزيز الاستقرار وضبط الالتزام بالنظام والإجراءات ومراقبة الأداء، في حين يقع على عاتق القائد التحويلي إدارة دفة

التغيير وإجراء التحول الثقافي المطلوب وتأسيس التوجه الجديد في العمل (Firth-Cozens, D Mowbray, 2001).

وتؤثر سمات القيادة على الأداء، إذ تشير الدراسات إلى اختلاف مستويات الأداء باختلاف الخصائص القيادية على سبيل المثال، وجدت البحوث في مجال الطيران تدني مستويات الأخطاء في ظل وجود قيادات تمتلك الثقة بالنفس والقدرة على الصمود تحت الضغط الشديد، وتتمتع في ذات الوقت بالدفء ولين المعاملة (Chidester, Helmreich, Gregorich, 1991). وفي المقابل، تشير الدلائل إلى وجود مستويات أعلى من الخطأ عندما يتصف القادة بالغطرسة والعداء والغرور، أو الدكتاتورية (Firth-Cozens, Mowbray, 2001). وتأتي الدراسات التي بحثت في نظرية «القادة العظام» بنتائج مماثلة بتأكيد الآثار الإيجابية لخصائص قيادية معينة كالذكاء والثقة بالنفس والعزيمة والنزاهة والدفء (Northouse; 2001). وهذا يتفق مع نظرية القيادة الكاريزمية والتي تتمكن من التأثير في الأتباع بتجسيدها نموذج القدوة من خلال المعتقدات والقيم التي تتبناها والكفاءة والقدرة والأخلاقيات العالية التي تتمسك بها وتتمكن من نقلها للآخرين، وهي سمات غاية في الأهمية وتسهم في تعزيز أهداف جودة الرعاية وسلامة المرضى (Firth-Cozens, Mowbray, 2001). وقد أظهرت دراسة على الأخطاء الطبية وجودة العمل الجماعي أن شخصية القائد تؤثر في عدد الأخطاء المبلغ عنها، إذ تقوم فرق العمل الجيدة بالتبليغ عن عدد أكبر من الأخطاء من الفرق الأخرى الأقل أداءً (Edmondson, 1996). ومن خلال المقابلات الشخصية مع قادة فرق العمل وجدت الدراسة أن القيادات الديكتاتورية أو الاستبدادية تتمركز في الفرق الأسوأ والتي لا تقوم بالتبليغ عن الأخطاء وتخفيها ولا تتعلم منها. لذلك يوصي الخبراء بتقييم أداء القيادات من خلال قياس مدى استعداد فرقهم لاكتشاف الأخطاء والتعلم منها، وليس فقط من خلال رصد عدد من الأخطاء التي ارتكبوها والتبليغ عنها (Firth-Cozens, D Mowbray, 2001). وتشير الدراسات إلى وجود نمط آخر من القيادات المؤثرة في المنظمات الصحية وهم «قادة الرأي» الذين يملكون إحداث التغيير في مجال الرعاية الصحية القائمة بناء على الدلائل العلمية والمستجدات المعرفية (Thomson, Oxman, Haynes, et al., 1999).

لا تشير السمات الشخصية للقيادات إلى الأدوار التي يقومون بها أو الوظائف التي يمارسونها، وإنما إلى «هويتهم الحقيقية»، أي السمات التي تسود وتبرز في جميع جوانب حياتهم وليس فقط من خلال أدوارهم القيادية. وتفرض السمات

القيادية ذاتها باستمرار بغض النظر عن السياق الذي توجد فيه القيادات، ومع من يتحدثون، فهي سمات أصيلة وتلقائية وثابتة كالنفس الذي يتفلسفونه. ومن أهم السمات للشخصية القيادية اللازمة لتحقيق السلامة ما يلي: تطابق الأفعال مع الأقوال، الصدق والتواضع، أن يكون الحماس تجاه رعاية المرضى قيمة شخصية، الذكاء والتعطش المستمر للتعلم، الاهتمام الصادق بالآخرين. ولكي تتحقق الفاعلية لابد أن تترجم السمات الشخصية القيادية إلى سمات تنظيمية وأن تنعكس في توجهات تنظيمية لتحقيق رعاية آمنة كالتالي:

- تبني رعاية المرضى كغاية ثابتة والتعامل مع الأحداث بطريقة منضبطة.
- الاهتمام بالتوجه الإيجابي نحو المستقبل وتحدي الوضع القائم بشكل مستمر.
- الاهتمام بمشاركة الجميع وتفعيل أدوارهم.
- الحرص على أن يكون القائد جزءاً من الفريق ويعمل مع الجميع لإيجاد الحلول.
- السعي إلى تنمية الآخرين.

دور الإدارة العليا ومجلس الإدارة في تعزيز الجودة والسلامة:

يختلف الدور القيادي في دعم جهود الجودة والسلامة باختلاف الموقع التنظيمي، وباختلاف الأدوار القيادية لكل من الإدارات العليا والتنفيذية. وحسب ما يؤكد أحد خبراء سلامة الأنظمة الصحية (Peter J. Pronovost) فإن الجهود الرامية لتحقيق التحول في المنظمات الصحية تقع على عاتق ثلاث مجموعات قيادية: الإدارية العليا، قادة فرق المشاريع، والعاملين في الصفوف الأمامية لتقديم الرعاية بغية تحقيق التحول في المنظمات. ويرى (Pronovost, 2002) أن كل مجموعة من هؤلاء لابد أن تخضع لثلاث مراحل في سعيها لتحقيق سلامة المرضى، بما في ذلك ما يلي:

- الالتزام (Engagement): أي الالتزام بالتغيير وتحديد كيف سيسهم هذا في خدمة المجتمع المحلي والمجتمع ككل.
- التنفيذ (Execution): وضع خطة عمل ونشرها وقياس الدلائل على التغيير، وتخصيص موارد كافية لتنفيذ الخطة.
- التقييم (Evaluation): قياس تأثير ما تم القيام به من خلال تنفيذ خطط جمع البيانات لتحديد التغيير المطلوب لتحقيق الجودة وسلامة الرعاية.

وتلعب الإدارات العليا في المنظمات الصحية دوراً محورياً في تحقيق الرعاية الآمنة، إذ تشير إحدى الدراسات إلى أن هذه المنظمات تحقق نتائج أفضل عندما يخصص مجلس الإدارة أكثر من ٢٥ ٪ من وقته لقضايا الجودة، ويتابع بصفة دورية نتائج الأداء، ويحرص على التواصل مع العاملين في المجال الطبي حول إستراتيجية الجودة، ويربط مكافآت كبار التنفيذيين جزئياً بنتائج جودة الأداء (Vaughn, Koepke, Kroch, et al., 2006). وفي ذات السياق وجد استطلاع شمل عشرين مستشفى أمريكياً علاقة بين نتائج الأداء وعدد من العوامل المرتبطة بالقيادات العليا، أهمها: (١) مشاركة مجلس الإدارة في نشاطات تحسين الجودة، (٢) ربط حوافز الإدارة العليا بنتائج الجودة، (٣) إقامة علاقات عمل وثيقة بين مجلس الإدارة والعاملين في المجال الطبي (Prybil, 2006). تؤكد الدراسات أن بإمكان مجلس الإدارة أن يحدث فارقاً هائلاً في الأداء في المنظمات ذات الأداء العالي من خلال تبني الإجراءات التالية (Lockee, Kroom, Zablocki, Bader, 2006):

- وضع الرئيس التنفيذي في موقع المسؤولية عن تحقيق أهداف الجودة والسلامة.
- مشاركة مجلس الإدارة في وضع معايير إرشادية واضحة لتأهيل وترخيص أعضاء الهيئة الطبية.
- قيام لجنة الجودة سنوياً بفحص مؤشرات رضا المرضى.
- صياغة أجندة الجودة للمنظمة.
- مشاركة العاملين في المجال الطبي في وضع جداول أعمال اجتماعات المجلس والمخصصة لمناقشة قضايا الجودة.

وتشير الدلائل إلى أن المستشفيات الناجحة والتي تحقق مؤشرات جودة عالية تشترك في عدة سمات، أهمها (Meyer et al 2004):

- (١) التزام الرئيس التنفيذي بمقتضيات الجودة والسلامة،
- (٢) تركيز رسالة المنظمة بشكل واضح على الجودة،
- (٣) وجود ثقافة تعاونية،
- (٤) توفير المعلومات في الوقت المناسب ووضعها بين أيدي مقدمي الرعاية.

مما سبق يتضح أن الإدارات العليا في المنظمات الصحية ممثلة بمجالس الإدارة وكبار المديرين مسؤولة بالدرجة الأولى عن صياغة التوجه نحو السلامة من خلال تحديد الرؤية والرسالة التي تضع في محور تركيزها سلامة المرضى وجودة الرعاية المقدمة. من جانب آخر لا تنتهي مسؤولية الإدارة العليا عند هذا الحد، بل لابد أن يتجسد هذا التوجه من خلال الدعم التنظيمي لجهود التحسين والمتابعة المستمرة لنتائجها، ونقل هذه الرؤية لجميع العاملين، وبخاصة مقدمي الرعاية. ويمكن إيجاز الأدوار التي يقوم بها مجلس الإدارة لتحقيق الجودة والسلامة فيما يلي:

- تبني إستراتيجية هادفة إلى تعزيز السلامة وتقليل معدلات الحوادث والأخطاء، وجعل السلامة غاية ثابتة ومحور اهتمام المجلس لمناقشتها في جميع اجتماعاته.
- تحديد أهداف السلامة، وذلك بوضع أهداف واضحة لتقليل الضرر الواقع على المرضى كل عام، والحد من الأخطاء والممارسات الضائرة من أجل تأكيد الالتزام بإحداث تحسن ملموس في معدلات السلامة في المنظمة ككل وفي كل وحدة من وحداتها.
- الاطلاع على البيانات والمعلومات الكمية والنوعية المتعلقة بالسلامة بشكل دوري، وأن يكون موضوع سلامة المرضى البند الأول على أجندة اجتماع مجلس الإدارة وأن يخصص له ما لا يقل عن ٢٥٪ من وقت الاجتماع بهدف قياس التقدم الحاصل نحو رعاية آمنة. ومن المفيد الاطلاع على الروايات الشخصية للمرضى والعاملين حول الحوادث والأخطاء التي تعرضوا لها، على أن يكون ذلك بدرجة عالية من الشفافية والحساسية للجانب الإنساني.
- تحديد ومراقبة مؤشرات السلامة على مستوى المنظمة، وذلك بتحديد مجموعة من مؤشرات السلامة على المستوى التنظيمي بحيث يتم قياسها بشكل مستمر وإعلانها لجميع العاملين والمتعاملين مع المستشفى (ومن ذلك معدلات الأخطاء والأحداث الضائرة الفعلية والوشيكَة)
- إحداث تغيير في البيئة والسياسات والثقافة التنظيمية والالتزام بتأسيس بيئة يسودها الاحترام والعدل والحرص على تحقيق العدالة لكل من تعرض لألم أو خسارة نتيجة لأحداث ضائرة سواء من المرضى أو ذويهم أو من العاملين ذوي العلاقة بالحدث.

- التعلم المستمر، ابتداء من أعضاء مجلس الإدارة بهدف تطوير قدرات مجلس الإدارة وتعلم «أفضل الممارسات» للعمل مع القيادات الطبية التنفيذية لتقليص الضرر وتحفيز قدر مماثل من التعلم والتدريب المستمر لجميع العاملين.
- محاسبة التنفيذيين (Executive Accountability) من خلال وضع خطة تنفيذية لتحقيق الأهداف الموضوعة لتقليص الضرر وتعزيز السلامة والحرص على مكافأة الفرق التنفيذية عن تحقيق تحسين ملموس في جودة الرعاية.

وبغض النظر عن المستوى الإداري يعد التزام القيادات بتحسين الأداء -بما في ذلك مجالس الإدارة والإدارات التنفيذية والقيادات الطبية والتمريضية- من أهم خصائص المؤسسات ذات الأداء العالي (High Performing Organizations)، من خلال تبني برامج هادفة لاستقطاب العاملين الملتزمين بتحقيق الجودة والمحافظة عليهم، وقياس ورصد التقدم الحاصل في الأداء بشكل مستمر (Conway; 2006). وتشير الدلائل إلى وجود تفاوت في درجة التزام القيادات في مختلف المستويات الإدارية بتحسين الجودة، أي أن اهتمام القيادات العليا لا ينعكس دائماً على التزام القيادات الوسطى والتنفيذية (Conway 2006). وللغضاء على التفاوت في الاهتمام بالسلامة ينبغي تفعيل آليات اتصال واضحة ومباشرة بين مختلف المستويات الإدارية والعاملين في المجال الطبي، وتفعيل إستراتيجيات الجودة، وقياس مدى نجاح المنظمة في إكساب جهود الجودة طابعاً مؤسسياً راسخاً في ثقافتها التنظيمية من جميع جوانبها. ومن المهم تقييم الفجوة بين القيادات والعاملين لإيجاد رؤية مشتركة و تبني أهداف وأولويات موحدة، وتأسيس العمل المشترك لتطوير النظم، والهياكل، والعمليات، والمخرجات لتحقيق سلامة المرضى على جميع المستويات (بدءاً من مجلس الإدارة وحتى الوصول إلى جانب سرير المريض (From the board to the bedside Conway 2006, Pronovost, 2003)).

دور المدير التنفيذي والإدارات التشغيلية في تعزيز السلامة:

يتطلب تحقيق الرعاية الآمنة أن تدرك القيادات التنظيمية في جميع المستويات أن السلامة ليست مهمة وقتية أو منفردة، بل هي غاية تنظيمية ذات أولوية راسخة. لذا ينبغي أن تكون سلامة المرضى بمثابة «أسلوب حياة» للمدير التنفيذي، بمعنى الالتزام بالسلامة كتوجه إستراتيجي وبالتعلم المستمر، والعمل لإعادة تصميم منظومة العمل بما يعزز الرعاية الآمنة. كما أن على المدير التنفيذي أن يتبنى مفهوم النظم

(Systems' Approach) في نظريته للسلامة، وأن يلم بآليات الرقابة الحكومية ومعايير الاعتماد والضوابط التي تفرضها جهات التمويل، ومطالب المستفيدين من الرعاية المقدمة.

ولعل المسؤولية الأبرز للقيادات التنفيذية أو التشغيلية هي تحقيق التوافق بين الإستراتيجية وعمليات التشغيل الهادفة لتحقيق السلامة. حيث تسعى هذه القيادات إلى توجيه طاقات المنظمة لتقديم أفضل رعاية ممكنة، وفقاً لأحدث المعلومات والدلائل العلمية وبمراعاة قيم وتفضيلات المرضى وذويهم حسب مبادئ الرعاية المرتكزة على المريض. وتتطلب سلامة المرضى بالتالي إيجاد القناة المشتركة بأهمية السلامة والوعي المشترك لما يتطلبه تأسيس ثقافة السلامة وتعزيز الرؤية المشتركة وتفعيل الالتزام بمعايير الأداء وإجراء التغييرات اللازمة في أساليب العمل وثقافته. وتقع هذه المسؤولية على عاتق المدير التنفيذي ليعرس ثقافة السلامة كقيمة أساسية في المنظمة، وأن يسعى لتحقيق القناة المشتركة بهذه القيمة ولتتضافر الجهود لترجمتها على أرض الواقع. وعلى المدير التشغيلي مهمة تأسيس الحوار ووضع الإستراتيجيات اللازمة لتحقيق السلامة بدءاً من البيئة المباشرة التي يشرف عليها. كما أن عليه العمل لتحقيق التوافق وإيجاد القوة الدافعة لتوفير أعلى مستوى ممكن من الجودة، استناداً إلى أحدث المعلومات المهنية بالإضافة إلى المعلومات التي يتم جمعها عن تفضيلات المرضى واحتياجاتهم.

وتلعب القيادات التنفيذية على مستوى الوحدات السريرية (Clinical Microsystems) دوراً بارزاً لتحقيق مستويات عالية من الأداء، وإيجاد شعور مشترك بالهدف، واستخدام القياس والتغذية المرتدة كأحد مقومات التميز (Nelson et al; 2002). وعلى الصعيد المؤسسي يتمثل دور القيادات التنفيذية في توفير رؤية مشتركة، وتعزيز مبادئ القياس والتغذية المرتدة، وتشجيع التعلم التبادلي، والاحتفال بالنجاح (Nelson et al; 2002). ويمكن تلخيص مهمة المدير التشغيلي في تفعيل مشاركة الآخرين وحشد جهودهم للقيام بالتالي:

- تصميم أنظمة تشغيلية بناء على الدلائل العلمية المستمدة من علوم السلامة.
- تقليص الاعتماد على الذاكرة البشرية والاستعانة بالبروتوكولات والقوائم والأنظمة الآلية.
- تنمية ودعم قدرة مقدمي الرعاية على العمل الجماعي والوعي بالمخاطر (Risk Awareness) واحتوائها.

- بناء ثقافة السلامة والتعلم المستمر في جميع مراحل منظومة العمل.
- القضاء على الخوف وتصميم أنظمة للتبليغ عن الأخطاء الفعلية والوشيجة.
- توفير الموارد اللازمة لتحقيق السلامة.
- التأكيد على تطبيق عدة مفاهيم محورية في جميع جوانب العمل وهي: الاستناد إلى الدلائل العلمية، التركيز على المريض، والتركيز على النظم.
- عدم تقبل أي تجاوزات للإجراءات ومعايير الرعاية أو التهاون في تطبيقها.
- لتحقيق هذه الأدوار الأساسية فإن على المدير التشغيلي إدراك أن بناء منظومة عمل تمنع الضرر وتحقيق السلامة يتطلب معرفة وفهم المبادئ التالية:
- أن الرعاية الصحية هي منظومة معقدة، وأن النظم المعقدة بطبيعتها عرضة للخطر، وبخاصة في مواقع كغرف العمليات ووحدات العناية المركزة والطوارئ، والتي تعتمد على العمل الجماعي وتعمل غالباً في مناخ متأزم.
- أن البشر -بغض النظر عن درجة كفاءتهم وانتباههم- عرضة لارتكاب الأخطاء بطبيعتهم الإنسانية، فهم مقيدون بقدراتهم الجسدية والذهنية، وقدرتهم على التذكر، وعلى التعامل ذهنياً مع عدة أمور في آن واحد.
- يتم تحقيق السلامة من خلال منع الخطر واعتراضه قبل أن يصل للمريض، إلا أن البشر بطبيعتهم عرضة لارتكاب الأخطاء نتيجة للضغوط الناتجة عن التوتر والخوف والإرهاق والعوامل الاجتماعية والتي تؤثر على الوظائف الذهنية أو الحركية.
- السلامة عبارة عن منظومة قد تفشل نتيجة لأي خلل أو عيب تقني أو نتيجة لجدول العمل المرهقة، أو الإجراءات غير الفعالة، أو الضغط المستمر للإنجاز، أو ضعف الثقافة التنظيمية والتواصل الإنساني وروح الفريق.
- إن تفهم هذه المبادئ الأساسية يساعد المدير التشغيلي على إدراك طبيعة المخاطر المتجذرة في منظومة الرعاية الصحية، ومن ثم إعادة تصميم هذه المنظومة أخذاً في الاعتبار السلامة في جميع عملياتها. وتمثل الثقافة التنظيمية الأرضية التي تدعم هذا كله، لذا لا بد أن تدرك القيادات التنفيذية أن الكثير من مقدمي الرعاية لا يدركون حجم الأخطاء والحوادث الطبية التي تحدث في منظماتهم، ولا يدركون أنها

تكرر لذات الأسباب وبنفس الطريقة أحياناً، وبالتالي يمكن التنبؤ بحدوثها في سياق تنظيمي معين، والتدخل لمنعها. وقد تكون هناك العديد من القنوات الخاطئة التي تعيق تأسيس ثقافة السلامة، ومن ذلك الخوف من العار أو العقوبة نتيجة لارتكاب خطأ، والامتناع عن التبليغ عن الأخطاء الفعلية والوشيجة. لذلك فإن على المدير التنفيذي لفت الانتباه إلى الأحداث الضائرة وبث رسالة واضحة مفادها أن بالإمكان القضاء عليها، وأن مستوى الرعاية المقدمة يمكن أن يكون أفضل مما هو عليه من خلال الالتزام بإجراءات وضوابط وبروتوكولات العمل والتواصل الفعال حيال الأخطاء.

جولات القيادات (Leadership WalkRounds™):

جولات القيادات Patient Safety Leadership WalkRounds™ هي أداة لتحسين الجودة والسلامة تهدف إلى تعزيز الترابط بين قادة المنظمة والعاملين في الصفوف الأولى لبناء وتعزيز ثقافة السلامة داخل المنظمة. وتعد جولات القيادات وسيلة للتعليم وتنمية المعرفة لدى القيادة العليا حول قضايا السلامة وإشارة للعاملين في الخطوط الأمامية بالالتزام القيادات بسلامة المرضى كتوجه إستراتيجي. وتفترض هذه الجولات أنه لا يوجد أي عمل آخر تقوم به القيادات أهم وأفضل من قضاء بعض الوقت مع العاملين في الصفوف الأولى بانتظام، ومناقشة قضايا السلامة التي تهمهم ومن ثم التدخل لمعالجة تلك القضايا. لذلك يعد قيام القادة باستخدام الجولات الأسبوعية أحد مظاهر التزام المنظمة ببناء ثقافة السلامة في جميع مراحل تطبيق منظومة السلامة.

وتسعى جولات القيادات (WalkRounds) إلى تشخيص واكتشاف مواطن الضعف في الأداء في المنظمات الصحية، ووفقاً لهذه المنهجية تقوم المجموعة الأساسية التي تضم كبار المسؤولين التنفيذيين بزيارات أسبوعية إلى مناطق مختلفة من المستشفى بمعية بعض الممرضين والمرضات في المنطقة وغيرهم من العاملين، والقيام بطرح أسئلة محددة حول ظروف العمل عموماً، وسبل التطوير، والأحداث السلبية أو الأحداث الوشيكة، والأسباب أو العوامل التي أدت إلى وقوعها.

وينبغي إجراء جولات القيادات في جميع أقسام رعاية المرضى (مثل قسم الطوارئ وغرف العمليات والأشعة ووحدات التمريض والصيدلة والمختبرات)، إذ توفر هذه الطريقة وسيلة غير رسمية للقادة لمناقشة قضايا السلامة مع موظفي الصفوف الأمامية وإظهار دعم الإدارة لعملية التبليغ عن الأخطاء. وتزداد فاعلية الجولات

القيادية عندما يركز القادة على القضايا ذات العلاقة بالسلامة فقط بدون الخروج عن أهداف هذه الجولات بمناقشة قضايا أخرى.

فوائد جولات القيادات،

- تعد وسيلة عملية لإجراء حوارات هادفة بين القيادات التنفيذية والعاملين في الصفوف الأمامية حول القضايا المؤثرة على سلامة المرضى.
- تقدم فرصة قيمة للتواصل بين القيادة العليا والعاملين في الصفوف الأمامية في مواقع العمل.
- زيادة الوعي بقضايا السلامة بين جميع العاملين وترسيخ التزام القيادات بهذه الثقافة ودعم جهود سلامة المرضى.
- تساعد على بلورة أهداف ومجالات محددة لتركيز جهود التحسين عليها.
- تثقيف العاملين حول مفاهيم سلامة المرضى والتحسين فضلاً عن دعم وتعزيز عملية الإبلاغ عن الحوادث.

وقد اهتم بعض الباحثين بقياس نتائج تطبيق جولات القيادات (WalkRounds) ومقومات نجاحها، حيث تبين أن هذا الأسلوب يمكن أن يكون أداة فعالة لإشراك القيادات وتحديد قضايا السلامة الجديرة بالاهتمام، ودعم ثقافة السلامة في المنظمات الصحية (Franke, Pittman, Grilloe, et al 2008). في دراسة (Franke, Grilloe, et al 2005) شملت سبعة مستشفيات حكومية حاولت تطبيق أسلوب الجولات القيادية وقياس تأثيرها على مناخ السلامة، أظهرت النتائج أن اثنين فقط من بين هذه المستشفيات نفذت الجولات بنجاح، إلا أنه لم يطرأ تحسن ملموس في أي من المستشفيات، وخلص الباحثون إلى أنه في حين أن جولات القيادات قد تمثل وسيلة فاعلة لتحسين سلامة المرضى إلا أن تنفيذها بشكل ناجح يتطلب درجة عالية من الالتزام التنظيمي. ومن أهم مقومات نجاح أسلوب جولات القيادات توفير الموارد اللازمة لدعم التوجه لتطبيقها بما في ذلك قواعد البيانات، وتنمية القدرات القيادية لدى المديرين المشاركين في البرنامج، وتعزيز مهارات الاتصال والإصغاء الفعال. لذا ينبغي أن يتم تنفيذ جولات القيادات بطريقة مدروسة وهادفة إلى تعزيز مصداقية القيادات، وتأكيد أولوية السلامة، والعمل على مد جسور التواصل مع العاملين في الصفوف الأولى الذين يعدون خط الدفاع الأول ضد الحوادث والأخطاء والمخاطر.

ولابد أن يلمس العاملون نتيجة هذه الجولات وانعكاسها على تحسين ظروف العمل لأغراض الرعاية الآمنة. ولا شك أن الانحراف عن هذا المسار يفقد جولات القيادة تأثيرها المحوري في منظومة السلامة ويعزز الفجوة بين القيادة والعاملين في مواقع تقديم الرعاية.

خاتمة:

يناط بالقيادات في مختلف المستويات التنظيمية دور مهم في بناء وتعزيز ثقافة سلامة المرضى ودعم أهداف جودة الرعاية الصحية. ولا ينحصر هذا الدور في تأسيس التوجه وإيجاد الرؤى الداعمة للجودة فحسب، وإنما في تأكيد جدية الالتزام حيال سلامة المرضى، ووضعها في مقدمة الأولويات الإستراتيجية للمنظمة، وتوفير الدعم التنظيمي اللازم لها. وتلعب الإدارات في جميع المستويات التنظيمية دوراً لا يقل أهمية في نشر ثقافة الجودة والسلامة، وتعزيز التوجه لتطبيق أسس ومبادئ السلامة كخيار إستراتيجي للمنظمات الصحية.

ويتمحور دور القيادات الصحية في المستويات الإدارية العليا في بلورة الرؤى وتحديد الأولويات ووضع إستراتيجيات الجودة والسلامة ودعم وتعزيز الالتزام بها في جميع مراحل تطبيقها. وينبغي أن تسعى هذه القيادات لتأسيس جهود تحسين الجودة وسلامة المرضى من خلال إيجاد آليات مؤسسية تدعم هذه الجهود وتنظمها وتكفل استمراريتها، وتجعلها جزءاً لا يتجزأ من جميع العمليات التنظيمية، ومنهجاً ثابتاً يلتزم به جميع العاملين. ولا يمكن لجهود التحسين أن تحقق أهدافها إلا من خلال تعاون الإدارات التنفيذية والوسطى، وسعيها لنشر ثقافة الجودة والسلامة بين مختلف فئات العاملين في المستشفيات، ووضع إستراتيجيات وبرامج موجهة لمساندة الأقسام والإدارات في تطبيق أسس السلامة بما يتفق والتوجهات العالمية. وأخذاً في الاعتبار الثقافة المهنية السائدة في المنظمات الصحية، لا يجب أن تركز الممارسة الطبية الفعالة على ما يخص التكنولوجيا والجوانب الفنية وحسب، ولكن يلزمها النظر إلى العوامل البشرية وبخاصة الدور الذي تقوم به القيادات في تعزيز التواصل وتأكيد الالتزام بأهداف السلامة وتشجيع التعاون والتعلم المستمر لتجنب الأخطاء وإيجاد آليات مستمرة لقياس ثقافة سلامة المرضى وتوظيف النتائج لتطوير الأداء وتصحيح الانحرافات.

من ناحية أخرى وعلى صعيد النظم الصحية تبرز أهمية إجراء الدراسات التي تقيس فاعلية العملية الإدارية، والبيئة التنظيمية، والثقافة السائدة، وآليات التنسيق، وتبادل المرضى بين الوحدات، والعمل الجماعي في هذا القطاع. هذا بالإضافة إلى إجراء البحوث والدراسات الدورية لقياس الجودة والسلامة بالتركيز على المؤشرات المتعارف عليها عالمياً. ويمثل التدريب وسيلة مهمة وأساسية لتنمية مهارات القيادات الصحية في مختلف المستويات التنظيمية للقيام بدور فاعل في توجيه ودعم جهود الجودة والسلامة، بما في ذلك المهارات القيادية ومهارات الاتصال والعمل الجماعي وأسس ومبادئ السلامة.

الفصل التاسع

التعلم التنظيمي لتعزيز سلامة الرعاية الصحية

من أبرز الدروس المستفادة من تجارب المنظمات ذات الموثوقية العالية (High Reliability Organizations)، التي حققت سجلاً عالياً في مجال السلامة أن التعلم من الأخطاء والحوادث الفعلية والوشيكية هو أساس الأداء الآمن. لذلك يشجع الباحثون في مجال السلامة منظمات الرعاية الصحية على توظيف أدوات التعلم التي تطبقها المنظمات ذات الموثوقية العالية لتقليل الأخطاء والحوادث وتعزيز السلامة. ومن الأمثلة على هذه الأدوات: أساليب تحسين التواصل الإنساني والعمل الجماعي والتشارك في المعرفة وتبادل الخبرات، والتبليغ عن الأخطاء، بحيث يصبح عملية روتينية يتم من خلالها تحليل أسباب الأخطاء والحوادث وفهمها ومن ثم استخلاص الدروس المستفادة منها لتجنب حدوثها مستقبلاً. وتبادر المنظمات ذات الموثوقية العالية لاكتساب ونقل المعرفة بهدف تغيير أنماط السلوك على أساس نظرة مستقبلية هادفة لتحسين الأداء ومنع وقوع الأحداث الضائرة ورفع معدلات السلامة. ويترتب على التعلم لتحسين السلامة إحداث تغيير في الإجراءات التنظيمية وأساليب العمل التي تؤثر في المخاطر والسلامة بناءً على الدروس المستفادة من التجارب الفعلية.

وإذا تسعى المنظمات ذات الموثوقية العالية بشكل حثيث إلى التعلم من أخطائها ومن تجارب المنظمات الأخرى، فإن منظمات الرعاية الصحية أقل اهتماماً بهذا النمط من التعلم بسبب عوامل مرتبطة بثقافتها المهنية والتنظيمية التقليدية والقائمة على الاستقلالية المهنية (Professional Autonomy). ويُقصد بالاستقلالية المهنية تلك الحرية المهنية التي طالما امتلكها الأطباء وفق ثقافة الممارسة التقليدية والتي تمنع التدخل والمساءلة والتوجيه لأداء الطبيب. وعلى الرغم من تراجع الاستقلالية المهنية للأطباء نتيجة للمتغيرات التنظيمية التي خضعت لها نظم الرعاية الصحية والضوابط المتزايدة على الممارسة الإكلينيكية سواءً من جهات التمويل أو من الأطراف المعنية بجودة الرعاية، إلا أن تغيير أساليب الممارسة يُعد من أشد التحديات التي تواجه جهود إدارة الجودة والسلامة. لذلك ظلت جهود تحسين الجودة في المنظمات الصحية لوقت طويل محصورة في الجوانب الإدارية والمساندة وبعيدة عن الجوانب الإكلينيكية. ويقدم مفهوم التعلم التنظيمي فرصة مواتية للمنظمات الصحية لإيجاد بيئة متعلمة

ومناخ إيجابي يساعد على التشارك في المعرفة والتعلم من الأخطاء والأحداث الضائرة في المجالات الإدارية والإكلينيكية والمساندة على حد سواء.

وفي هذا الفصل يتم تسليط الضوء على مفهوم التعلم التنظيمي وعلاقته بسلامة المرضى والأداء الآمن في منظمات الرعاية الصحية بالتركيز على الأخطاء باعتبارها مصدراً هاماً للمعلومات المتعلقة بالسلامة. كما يتطرق هذا الفصل بشيء من التفصيل للتبليغ عن الأخطاء (Error Reporting) كأحد أهم أدوات التعلم التنظيمي لأغراض السلامة، وأهمية إيجاد آليات فعالة للتبليغ عن الأخطاء باعتبارها فرصة للتعلم من أجل السلامة.

مفهوم التعلم التنظيمي والمنظمة المتعلمة:

التعلم كمفهوم مجرد يشير إلى اكتساب الفرد لسلوكيات جديدة نتيجة تعرضه لتجارب وخبرات معينة. يحدث التعلم بسبب إدراك الفرد لأبعاد موقف جديد، ومنه يستنتج الحاجة إلى تغيير سلوكه ليتوافق مع المعطيات والظروف الجديدة. أما التعلم التنظيمي فهو مفهوم حديث نسبياً حظي باهتمام الباحثين في مجال الإدارة والعلوم السلوكية منذ عدة عقود، نتيجة للقناعة المتزايدة بأن التعلم هو المدخل لتحسين الأداء والاستدامة في بيئات تنظيمية متغيرة. وتعتمد قدرة أي منظمة على البقاء والمحافظة على تفوقها على مواكبتها لمستجدات المعرفة والتغيير في البيئة والظروف المحيطة بها. ويستمد مفهوم التعلم التنظيمي أهميته من كونه يتجاوز مفهوم التعلم الفردي والتعلم الجماعي إلى شكل من أشكال التعلم الإستراتيجي الذي يحدث على مستوى المنظمة ككل ويهدف إلى تحقيق غاياتها الإستراتيجية وتعزيز موقعها الإستراتيجي.

من أوائل المفكرين الذين تطرقوا لمصطلح التعلم التنظيمي هو Simon (1969) والذي عرّفه بأنه «الوعي المتنامي بالمشكلات التنظيمية والنجاح في تحديد هذه المشكلات وعلاجها من قبل العاملين في المنظمات بما ينعكس على عناصر ومخرجاتها». ويتضمن هذا التعريف عنصرين أساسيين هما: الوعي بالمشكلات والذي يرتبط بمستوى المعرفة الموجودة في المنظمة، والمخرجات الناجمة عن هذا الوعي والتي تتمثل في الإجراءات التي تتخذها المنظمة للتعامل مع هذه المشكلات. أي أن التعلم التنظيمي يربط ضمناً بين التعلم والتغيير (تغيير السلوك، التفكير، العادات). بمعنى أن كل مبادرة للتغيير تتضمن -لكي تتجح- أن يتعلم الموظفون شيئاً جديداً، والعكس صحيح، إذ لا يتم التعلم التنظيمي إلا بإحداث تغيير تنظيمي. لذا

يتمثل التعلم التنظيمي في قدرة المنظمة على اكتساب المعرفة والفهم من الخبرة من خلال التجريب والملاحظة والتحليل والاستعداد لدراسة أوجه النجاح والفشل على حد سواء. ويتحقق التعلم التنظيمي من خلال إيجاد رؤى وأفكار مشتركة ونماذج فكرية موحدة مبنية على المعارف والخبرات السابقة التي توجد في مخزون الذاكرة التنظيمية. ويعد هذا النمط من التعلم عملية دورية مستمرة لا يمكن أن تحقق أهدافها إلا بتوافر أربعة عناصر مترابطة، هي: اكتساب المعرفة، ونشر المعلومات، وتفسيرها، والذاكرة التنظيمية التي تحتفظ بهذه المعرفة حتى لو تغير الأشخاص (Huber 1991). يصنف التعلم في المنظمات حسب ما أورده بيتر سنج (Senge 1990) إلى ما يلي:

- **التعلم الفردي:** ويحدث عندما يكتسب الفرد معرفة جديدة أو يكتشف خلافاً ما ويقوم بتصحيحه عن طريق تغيير السلوك والافتراضات لزيادة قدراته وتحسين أدائه.
- **التعلم الجماعي:** تتعلم فرق وجماعات العمل من خلال اكتساب المعرفة والعمل المشترك ونقل المعرفة بصورة صحيحة لجميع أعضاء الفريق ومن ثم للمنظمة ككل.
- **التعلم التنظيمي:** ويتجسد عندما يتم تبادل المعرفة والمعلومات والخبرات بين الأفراد بغض النظر عن مستوياتهم الوظيفية. ويتم بناء على هذا النمط من التعلم تغيير الإجراءات والأنظمة والسياسات التي تعوق عملية التعلم وتسبب في المشكلات. ويتمثل نجاح المنظمات في قدرتها على تأسيس آليات تبادل المعلومات والمعرفة والاستفادة منها بشكل سريع ومفيد لتحقيق أهدافها.

تتعلم المنظمات من خلال الأفراد العاملين فيها، فالتعلم الفردي يتحقق أو يتعثر بفعل عوامل في البيئة التنظيمية والتي يمكن أن تسمى منظومة التعلم التنظيمي (Argyris, 1978). ويحدث التعلم التنظيمي بطريقتين: (١) دورة واحدة (Single Loop) أي العمل على اكتشاف الأخطاء ومعالجتها بتصحيح الإجراءات المتبعة في العمل، (٢) دورتين (Double Loop) ويُقصد به التعلم الذي يعمل على إخضاع المسلمات والافتراضات القائمة للتساؤل والنقد والتمحيص (Argyris, 1978). ولا شك أن التعلم التنظيمي الهادف إلى تحقيق السلامة هو ذلك الذي يتضمن نوعي التعلم، ولكن النوع الثاني هو الأكثر تأثيراً باعتبار أنه يعمل على المسلمات الراسخة في ثقافة المنظمة وينفتح على إمكانية نقضها وتصحيحها. ويختلف التعلم الفردي

عن التعلم التنظيمي، حيث يحدث التعلم الفردي عندما يبدي الأفراد استجابة مختلفة للحوافز ذاتها، ولكن عندما يحدث التعلم التنظيمي فإن مجموعات من الأفراد تعطي الاستجابة ذاتها لمحفزات مختلفة، دلالة على تجذر المعرفة وتحقيق التعلم التنظيمي. وبهذا يساعد التعلم التنظيمي على تحسين الأنشطة من خلال تعميق المعرفة ومن ثم إلى إحداث التغيير والتحسين من خلال التوصل إلى فهم أفضل للعوامل المؤثرة على الأداء. ويتحقق التعلم التنظيمي بصورة تلقائية وفاعلة ومحفزة في المنظمات من خلال انتقال المعرفة بطريقة التبادل والتشارك بين أطراف في علاقة تتجاوز الحواجز الرسمية وتعتمد على العلاقات الإنسانية البناءة.

وتتميز الأدبيات بين التعلم التنظيمي والمنظمة المتعلمة باعتبار أن الأول يمثل عملية التعلم (Process) بينما يمثل الثاني البنية التحتية أو هيكلية التعلم (Structure). قُدِّم مصطلح المنظمة المتعلمة لأول مرة من قبل بيتر سينج الذي عرف هذه المنظمات بأنها «المنظمات التي يسعى أفرادها باستمرار إلى تنمية قدراتهم على تحقيق النتائج التي يريدون الوصول إليها، إذ يتم فيها تشيئة أنماط جديدة وشاملة من التفكير، والتعبير عن الطموحات الجماعية بحرية تامة، ويتعلم فيها الأفراد باستمرار كيف يمكن أن يتعلموا معاً» (Peter Senge, 1990). وتتوافر في المنظمة المتعلمة الظروف المناسبة لاكتساب أنماط جديدة من السلوك تتمثل في أداء أفضل وأساليب عمل وأنماط تعامل متطورة. وعندما تشهد المنظمة تحولاً في أنشطتها وتبدلاً في أساليب استجابتها للظروف المحيطة والتغيرات تصبح منظمة متعلمة. وفي وصفه للمنظمة المتعلمة يرى بيتر سينج أن في هذه المنظمات لا يمكن للمرء ألا يتعلم، لأن التعلم هو جزء لا يتجزأ من نسيج الحياة فيها. وتمتلك المنظمات المتعلمة فلسفة راسخة للتعامل مع التغيير والتكيف مع التعقيد والغموض الذي يواجه معظم المنظمات اليوم. لذا تعد المنظمة المتعلمة ماهرة في صنع واكتساب المعرفة ونقلها، وفي تعديل سلوكها بما يعكس المعارف الجديدة والرؤى المتغيرة.

ويؤكد بيتر سينج أن قدرة المنظمات على التعلم يمكن أن تكون المصدر الوحيد للميزة التنافسية المستدامة، ويرى أن المنظمات المتعلمة تمتلك الخصائص التالية:

- العمل وفق أنماط ذهنية أو نماذج فكرية جديدة Mental Models: ويعني ذلك التخلي عن الأساليب التقليدية في التفكير والبدء في التفكير بطرق مختلفة.

- التفوق أو البراعة الذاتية Personal Mastery: تنمية قدرات ومعارف الفرد في مجال تخصصه والتعمق فيها مما يمكنه من التصرف الذاتي والانفتاح على الآخرين والتفاعل معهم في إطار العمل الجماعي وروح الفريق.
- بناء الرؤية المشتركة Shared Vision: حيث يعمل الجميع وفق رؤية مشتركة وواضحة وخطة عمل متفق عليها، وقناعات مشتركة حيال التعلم والتشارك في المعرفة، والأخطاء والسلامة.
- التعلم من خلال الفريق Team Learning: ويُقصد به التعلم بشكل جماعي وتبادل المعرفة بين أعضاء الفريق من أجل تحقيق الخطة المقررة.
- التفكير وفق منظور النظم Systems thinking: حيث يتعلم كل فرد كيف تعمل المنظمة في إطارها الكلي والجزئي بالنظر إليها كمنظومة متكاملة تضم العديد من الأنظمة الفرعية المترابطة، والتي تتأثر بعوامل البيئة الخارجية باعتبارها جزءاً من منظومة أكبر. وهذه هي النقطة التي سماها «البُعد الخامس» (The Fifth Discipline)، وهو عنوان كتابه الشهير.

يتكامل التعلم التنظيمي ويتوسع تطبيقه ويزدهر مع توجه المنظمة لتطبيق منهجيات إدارة المعرفة والتي تسعى إلى رصد المتغيرات الداخلية والخارجية وتحليلها لتحديد تأثيرها المحتمل على عمليات المنظمة. وتملك المنظمات المتعلمة القدرة على الاستجابة الفاعلة للمستجدات من خلال تغيير الكيفية التي تتم بها معالجة المعلومات فيها وتقييمها. وتتغير في المنظمات المتعلمة الممارسات مع التغيير الحاصل في المعارف والتقنيات والأنظمة والأفراد والأهداف. إذاً يمكن تسمية المنظمة أنها متعلمة إذا قامت بتغيير ممارساتها بما يعكس مستجدات المعرفة والظروف المحيطة. وتمتلك هذه المنظمات المهارة في إنشاء واكتساب ونقل المعرفة وتعديل السلوك بما يعكس المعرفة والرؤى الجديدة والتي تكتسبها إما من تجاربها الخاصة أو من تجارب المنظمات الأخرى. وتقوم المنظمات المتعلمة بتطوير قدرتها على التكيف والتغيير المستمر لأن جميع أعضائها يقومون بدور فاعل في تحديد وحل القضايا المختلفة المرتبطة بالعمل.

من أهم مقومات المنظمة المتعلمة توفر قيادة فاعلة تسعى إلى تشجيع التعلم بين أعضائها وتبادل المعلومات بينهم بهدف بناء قوة عمل تمتلك معرفة أكبر، وإنشاء بيئة عمل مرنة يبحث فيها العاملون باستمرار عن الأفكار الجديدة ويتكيفون معها

ويتبادلونها من خلال رؤية مشتركة. وتتميز المنظمات المتعلمة بانفتاحها على التغيير واللامركزية في عملية صنع القرار، والتمكين الإداري للعاملين، والقدرة على تحمل أخطائهم في سبيل التعلم منها. وبذلك تتيح المنظمة المتعلمة للعاملين فيها والمتعاملين معها ظروفًا تساعد على اكتساب أنماط جديدة من السلوك تنعكس على الأداء وعلى أساليب العمل وأنماط التعامل والتفاعل في المنظمة ومعها، بشكل يختلف عن الأنماط المعتادة. ولا يتم التعلم في هذه المنظمات بشكل عشوائي وإنما من خلال تبني أساليب علمية لحل المشكلات، والحرص على تجربة أساليب جديدة في العمل، والتعلم من خلال التجارب الخاصة من الماضي العملي أو من خلال تجارب المنظمات الأخرى. ولكي تحقق أهدافها لابد أن تكون عملية التعلم مستمرة وفق رؤية مشتركة بين أعضاء المنظمة توفر درجة من التوافق الفكري بينهم بما يمكنهم من البناء على التجارب، ورصد هذه التجارب والخبرات في مخزون الذاكرة التنظيمية، تمهيداً لتحويلها إلى دروس قابلة للتطبيق الفعلي من خلال إجراءات وممارسات تنظيمية جديدة.

التعلم التنظيمي في المنظمات الصحية:

تعد الرعاية الصحية من أكثر الحقول التي تواجه ثورة معلوماتية هائلة وتغييرات مستمرة في العلوم والمعارف والتقنيات المرتبطة بها، نتيجة للاكتشافات العلمية والبحوث والدراسات المستمرة، مما يجعل مواكبة هذه المستجدات المعرفية والاستفادة منها ودمجها في الممارسات التطبيقية تحدياً كبيراً للأفراد والمنظمات. لذلك ارتفعت الأصوات المنادية بتطبيق منهجيات التعلم التنظيمي وإدارة المعرفة في المنظمات الصحية، لكي تتمكن من مواكبة المتغيرات العلمية والمهنية وتوفير رعاية آمنة متوافقة مع أحدث الاكتشافات العلمية. وعلى الرغم من أهمية الاطلاع على المستجدات واكتساب المعرفة في الحقول الصحية على المستوى الفردي والتنظيمي لاتزال الصورة غامضة حول الآليات والوسائل التي تتبعها منظمات الرعاية الصحية لتتمكن من متابعة التطورات العلمية والطبية، واستخدام المعلومات في إحداث تغييرات تنظيمية تساهم في تعزيز جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى. ومع وجود بعض المحاولات الناجحة في هذا الصدد، ومنها تطبيق الطب المستند إلى البراهين العلمية -ورغم أهميته في تقنين الممارسة الإكلينيكية- إلا أن نظم تقديم الرعاية الصحية لاتزال بعيدة عن تطبيق منظومة شاملة للتعلم التنظيمي وإدارة المعرفة. ومن الناحية الإدارية فإن نظم الرعاية الصحية لأضاهي في تطورها التقدم العلمي والتقني الحاصل في المجالات الطبية، مما يُعيق قدرتها على الاستفادة من المستجدات التقنية والمعرفية

وتوظيفها لرفع جودة الأداء وتطوير الممارسات. لذلك تبرز أهمية تبني المنظمات الصحية منهجيات وآليات مؤسسية فاعلة للتعلم التنظيمي لتتمكن من تحقيق أهدافها ومواكبة المستجدات التي ليس بمقدور مقدمي الرعاية الإلمام بها بجهودهم الفردية.

وفي المنظمات الصحية -كما هو الحال في غيرها- يتضح التعلم التنظيمي من خلال تبني إجراءات تنظيمية جديدة أو معدلة. وبالتالي فإن هناك مفتاحاً واحداً للتمييز بين التعلم الفردي والتعلم التنظيمي وهو أن التعلم التنظيمي يصبح واضحاً وقابلًا للقياس من خلال سنّ إجراءات تنظيمية جديدة. أي أن التعلم التنظيمي الهادف لتحسين السلامة لا بد أن تتبعه تغييرات واضحة في الإجراءات التنظيمية التي تؤثر على المخاطر والسلامة، وإلا فلا يعد التعلم الحاصل تعلمًا على مستوى النظام. وينتج عن عملية التعلم التنظيمي «معرفة تنظيمية» وهي تشمل عناصر داخلية (المعرفة الضمنية أو التي توجد فقط في أذهان العاملين)، وعناصر أخرى خارجية (المعارف المعلنة، ومنها بروتوكولات وإرشادات الممارسة المتميزة ومعاييرها). وتتطلب عملية «إدارة المعرفة» توجيه هياكل المنظمة وعملياتها والتحكم فيها من خلال قنوات الاتصال الفعال ونظم المعلومات الهادفة لتفعيل التشارك المعرفي عبر مختلف إدارات وأقسام المنظمة. والمنظمة المتعلمة الناجحة هي تلك القادرة على الاستفادة من مفاهيم التعلم التنظيمي وإدارة المعرفة لمتابعة وإدارة النظم البشرية فيها لتتمكن من اقتناص وتوظيف المعرفة التنظيمية الجديدة والاحتفاظ بها في ذاكرتها التنظيمية.

إن المنظمات الصحية التي تستثمر في البحث عن مصادر المعرفة وتدعم تطبيق الطب المبني على البراهين، وتتابع أحدث المستجدات المعرفية، إنما تهئ البيئة المناسبة للتعلم التنظيمي. ولكي يحقق التعلم التنظيمي النتائج المرجوة منه لا بد أن تتوافر القيادات الصحية التي تمتلك القناعة بمبادئ إدارة المعرفة، وتدعم تطبيقها على نطاق واسع في جميع جوانب نشاط المنظمة، ولا تحصرها لدى صنّاع القرار والقيادات العليا، بل تسعى لتمكين العاملين من الحصول على المعرفة والمشاركة في صنع القرار ودمج ما يملكون من معارف ومهارات في تطوير ممارسات تنظيمية جديدة مواكبة للمتغيرات والمستجدات.

الخطر والسلامة والتعلم التنظيمي:

يمثل الخطر والسلامة في المجال الصحي وجهان لعملة واحدة، حيث يُمثل التعلم من الخطر أحد أهم الوسائل لتعزيز سلامة المرضى. لذلك يُعد تأسيس آليات

التعلم التنظيمي أحد أهم مقومات السلامة في المنظمات الصحية، حيث يهدف إلى العمل بشكل مستمر لتطوير قدرة المنظمة والعاملين فيها على تحسين الأداء من خلال اكتساب المعرفة والتعلم المستمر. ويمثل التعلم من الأخطاء في هذه المنظمات محوراً مهماً من محاور التعلم التنظيمي، إذ يؤدي غياب الوعي بحجم الأخطاء الفعلية والشبكة التي تحدث بشكل يومي إلى عدم معرفة الأسباب الجذرية لهذه الأخطاء، وبالتالي إلى تعثر الجهود الداعية إلى تحسين السلامة في هذه المنظمات.

من ناحية أخرى فإن الخطر والسلامة سمتان للنظام بأكمله، فضلاً عن كونهما خصائص ونتائج لأفعال العناصر الفردية الفاعلة في هذا النظام (Reason 1997). وإذا يتم تقديم الرعاية الصحية من قبل المنظمات الصحية وكذلك من قبل الأفراد العاملين فيها، فإن تحسين سلامة المريض يعتمد على توافر التعلم الجماعي والتعلم التنظيمي إلى جانب التعلم الفردي (Edmondson 1996). على سبيل المثال عندما يقع مريض ضحية لخطأ طبي، ولنقل إنه خضع لعملية جراحية بالخطأ بدلاً من مريض آخر نتيجة لتشابه الأسماء. فمن المعروف أن هذا الخطأ بسيط رغم نتائجه الوخيمة، وكان بإمكان عدة أشخاص منع وقوعه بكل بساطة ويسر. لذلك فإن التساؤل الذي يطرح نفسه في مثل هذه الحالات هو: «ما نمط التعلم الذي من شأنه أن يمنع تكرار هذا السيناريو؟». لا شك في أن تكليف بعض الأفراد بمسؤولية التحقق من هوية المريض لن يعالج المسببات الأهم لهذا الخطأ، والتي قد تتضمن: ضغوط وأعباء العمل، وكثرة المرضى، أو وجود ثقافة تنظيمية ترى -بكل بساطة- أن التحقق من هوية المريض هي مسؤولية شخص آخر، وبالتالي فإن الخطأ هو دائماً ذنب شخص آخر. هذا المثال وغيره يعكس الكثير من المواقف والأحداث التي تقع كل يوم في المنظمات الصحية والتي يمكن الاستفادة منها لتحقيق التعلم الفردي والجماعي والتنظيمي، بما يدفع سلامة المرضى في هذه المنظمات لتضاهي المنظمات ذات الموثوقية العالية.

وتحدث نسبة كبيرة من الأخطاء في قرارات الرعاية، سواء الأخطاء التشخيصية أو الدوائية جزئياً بسبب تأخر اكتساب المعرفة أو عدم تحويلها إلى ممارسة عملية، وهو ما يعرف بالفجوة بين المعرفة والممارسة (knowledge - doing gap). وعلى الرغم من تطبيق العديد من المنهجيات الهادفة إلى تقليص هذه الفجوة - ومنها الطب المستند إلى البراهين ومنهجيات الجودة الشاملة وغيرها - لاتزال الفجوة قائمة بين الحالة المعرفية الراهنة والممارسة الفعلية. لذلك يُعد التعلم التنظيمي الوسيلة الأهم لتعزيز سلامة المرضى بهدف تبني آليات متنوعة للتعلم من الأخطاء، والتشارك في المعرفة، وتوظيفها لتطوير الممارسات.

وإدراكاً لأهمية تأسيس آليات التعلم التنظيمي، تبنت الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية (Joint Commission For Accreditation Of Healthcare Organizations) توجهاً يقضى بالإبلاغ عن الأخطاء والأحداث الوشيكة فور اكتشافها وتحليل أسبابها الجذرية، بهدف استخلاص الدروس الهادفة إلى تجنب هذه الأخطاء وتعزيز سلامة المريض. وترى الهيئة المشتركة وغيرها من المنظمات ذات العلاقة أن التبليغ سيمكن هذه المنظمات من التعرف على العوامل التي أدت إلى حدوث الخطأ، أو الخطأ الوشيك، وقياس معدلات حدوثه، وتوقع إمكانية تكرار حدوثه مستقبلاً. كما ترى أنه كلما قل الإبلاغ عن الأخطاء والأحداث غير المتوقعة تقلصت فرص تطوير البدائل المناسبة لمواجهتها في المستقبل. وسنتناول في الأجزاء القادمة الإبلاغ عن الأخطاء كأحد أبرز أدوات التعلم التنظيمي في المنظمات الصحية.

التعلم السلبي والتعلم النشط؛

تتعلم المنظمات غالباً من خلال التجربة، ولكن ينبغي التمييز بين التعلم «السلبي» والذي يتضمن استخلاص الدروس النظرية من التجارب مع عدم تطبيقها بالكامل، و«التعلم النشط» الذي ينطوي على استخلاص نتائج صحيحة ووضعها موضع التطبيق بشكل كلي. وفيما يلي نورد مثلاً على التعلم السلبي والذي يؤدي إلى تحويل الدروس المستفادة من الأحداث الضائرة والأخطاء إلى إجراءات تطبيقية تمنع تكرار حدوثها.

مثال (التعلم السلبي): الوفاة بسبب خطأ في عملية غسيل للمسالك البولية؛

خضع مريض مصاب بالحصى في المسالك البولية لإجراء تحت التخدير، تم فيه غسيل المسالك البولية العلوية والتي تغسل عادة باستخدام سوائل خاصة، ولكن في هذه الحالة تم استخدام الماء العادي عن طريق الخطأ. وبالتالي أثرت المياه على مجرى الدم، وعانى بعدها من ذبحة قلبية قاتلة في غرفة العمليات. وعلى الرغم من أنه قد تم تعميم تفاصيل الحادث على جميع المستشفيات ذات الصلة، إلا أن حادثاً مماثلاً وقع في غضون بضعة أشهر في مستشفى لا يبعد سوى ٣٠ ميلاً. ولحسن الحظ تم الانتباه للخطأ قبل حقن السائل، ولم يتعرض المريض للضرر. وقد أشار الجراح المشارك إلى أنه لا يمكن التمييز بين عبوات سوائل الغسيل المختلفة عن بعد لأنها تبدو متطابقة (Department of Health Expert Group, 2000).

يؤكد هذا المثال -وتجارب العديد من المنظمات- أن الأفراد قد يتعلمون من أخطائهم ولكن كثيراً ما يفشل من حولهم في الاستفادة من هذه الأخطاء. ويتعلم الأفراد من الأخطاء لأنها تسبب لهم الألم النفسي، حتى إذا حدثت دون أن يلاحظها غيرهم. وفي بعض الحالات قد يتمتع بعض الناس -بطبيعة الحال- عن تعلم الدروس من الأخطاء كنوع من الآليات الدفاعية، وهذا النمط من السلوك يعد غالباً سمة شخصية، وإن كان معظم الناس يتمكنون من التعامل مع المسؤولية بدرجة أكبر من العقلانية.

التعلم من الدرجة الأولى والتعلم من الدرجة الثانية:

إلى جانب تصنيف التعلم التنظيمي إلى تعلم سلبي ونشط، يميز البعض بين التعلم التنظيمي من الدرجة الأولى والتعلم التنظيمي من الدرجة الثانية (Tucker and Edmondson 2003). يحدث التعلم التنظيمي من الدرجة الأولى في الصفوف الأمامية، حيث يبادر الأفراد والجماعات بتغيير إجراءات العمل لحل المشاكل التي تعترض عملية تقديم الخدمة بطرق اجتهدية. ولا شك أن هذه الحلول الاجتهادية قادرة على الحفاظ على السلامة جزئياً، ولكنها قد تعمل على إخفاء المشاكل الكامنة في النظام، وتمنع إصلاحها بشكل جوهري ونهائي. أما التعلم التنظيمي من الدرجة الثانية فيأخذ في الاعتبار أن إجراءات تقديم الرعاية تدخل فيها عدة أطراف فاعلة، ومهن متنوعة، وإدارات مختلفة داخل المنظمة، لذلك فإن تغيير الإجراءات بشكل جذري ومدرّس لتحقيق تحسن موثوق في سلامة المرضى هو الغاية من هذا النوع من التعلم. وعليه فإن التعلم التنظيمي من الدرجة الثانية هو ذلك الذي يحدث عبر المجموعات وبينها والأقسام والمهن والتخصصات، ويحدث تغييراً جذرياً وفعالاً في منظومة العمل (Tucker and Edmondson 2003). ومع أن التعلم من الدرجة الأولى هو الأكثر شيوعاً إلا أن التعلم من الدرجة الثانية هو التعلم الهادف إلى إحداث تغييرات جوهريّة مستدامة في منظومة العمل لتحقيق السلامة.

مراحل التعلم التنظيمي لأغراض السلامة:

يمر التعلم التنظيمي في المنظمات عموماً بعدة مراحل يبينها نموذج (Huber, 1991)، والذي يلخصها في: اكتساب المعرفة، ونشرها، وتفسيرها، ومن ثمّ الذاكرة التنظيمية. بالاستفادة من هذا النموذج يمكن تحديد المراحل التي تمر بها المنظمات الصحية لتحقيق التعلم التنظيمي لأغراض السلامة (الشكل ٨-١)، وذلك كما يلي:

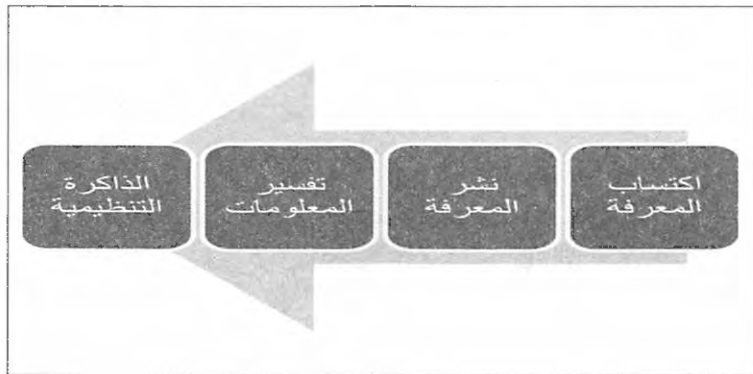
أولاً: اكتساب المعرفة: تبدأ المرحلة الأولى من التعلم عندما تتمكن المنظمة من اكتساب المعرفة المتمثلة في البيانات والحقائق والمعلومات المتعلقة بالأخطاء والحوادث والممارسات المتميزة والمعايير المهنية والمستجدات العلمية، والتي تحصل عليها عن طريق مسح البيئة الداخلية والخارجية، وتقوم بحفظها ومعالجتها والاستفادة منها بالاستعانة بنظم المعلومات.

ثانياً: نشر المعرفة: وهي العملية التي يتم فيها نشر المعلومات بين الأقسام والإدارات ذات العلاقة والعاملين فيها عبر طرق متعددة وبأساليب رسمية وغير رسمية مثل حلقات التعلم والبرامج الجماعية المنظمة وقنوات الاتصال الرسمية، بهدف إتاحة الفرصة لجميع العاملين للاطلاع عليها، وكلما زادت المشاركة زادت قيمة المعلومات والفائدة المرجوة منها.

ثالثاً: تفسير المعلومات: ترجمة المعلومات التي تم الحصول عليها عن الأخطاء والحوادث والمستجدات المهنية والمعرفية وتحويلها إلى ممارسات تنظيمية مشتركة يطبقها جميع العاملين في المنظمة كل في مجال اختصاصه.

رابعاً: الذاكرة التنظيمية: في هذه المرحلة يتم تحويل المعرفة والخبرة التي اكتسبها الأفراد حيال مصادر الضرر وسبل تعزيز السلامة إلى مخزون معرفي يمثل القاعدة المعرفية المشتركة بين جميع أعضاء المنظمة. وتتمكن المنظمات الصحية المتعلمة من تأسيس آليات تنظيمية فاعلة لتخزين البيانات والمعلومات والمعرفة ذات العلاقة بالخطر والسلامة من أجل استخدامها في المستقبل، حيث تعد ذاكرة المنظمة المعرفية المحور الذي تركز إليه عمليات التعلم التنظيمي لتقديم رعاية آمنة.

الشكل رقم (٩-١): مراحل التعلم التنظيمي لأغراض السلامة



الإستراتيجيات الداعمة للتعليم التنظيمي لأغراض السلامة:

لا توجد «وصفة» سحرية لتطبيق التعلم التنظيمي، حيث تتبنى منظمات الأعمال إستراتيجيات مختلفة لإيجاد ثقافة داعمة للتعلم، وتحفيز الأفراد على اكتساب المعارف والمهارات ومواكبة المستجدات. يقترح (Watkins and Marsick, 1996) على المنظمات لكي تكون متعلمة اتباع الاجراءات التالية: إيجاد فرص مستمرة للتعلم، تشجيع البحث والحوار، تشجيع التعاون والتعلم الجماعي، تأسيس منظومة لاقتناص فرص اكتساب المعرفة ومشاركة التعلم، تمكين الأفراد من تبني رؤية مشتركة، ربط المنظمة بالبيئة المحيطة، الاستفادة من القيادات التنظيمية التي تتبنى وتجسد نماذج التعلم الفردي والجماعي والتنظيمي.

ويتطلب التحول إلى منظمة متعلمة وتفعيل التعلم التنظيمي أن تتبنى المنظمات الصحية عدداً من الإستراتيجيات المهمة، من أبرزها:

١. تنمية العمل الجماعي وخلق العمل كأساس في جميع عمليات المنظمة ونشاطاتها. ولا يكفي تشكيل فرق العمل وإنما يجب تفعيل روح الفريق بمختلف الوسائل وبناء شبكات ودوائر التواصل، وخلق روابط مستمرة بين العاملين تدفعهم للتواصل وتبادل المعلومات حيال قضايا السلامة وجودة الأداء، بهدف تكوين مفاهيم ورؤى مشتركة.

٢. الشفافية والانفتاح الإداري، والتخلي عن الثقافة التي تحتكر فيها الإدارات العليا المعلومات وتحجبها عن العاملين. فالمنظمات الصحية -أكثر من أي وقت مضى- بحاجة إلى قيادات منفتحة، توجد قنوات وآليات مؤسسية للتواصل مع العاملين وتجعلهم على اطلاع مستمر على الأولويات والمستجدات والتحديات التي تعترض سير برامج السلامة. كما ينبغي توفير آليات مؤسسية للمشاركة والتعبير عن الرأي، حرصاً على الاستفادة من جميع الآراء والخبرات الميدانية والمعارف التي يمتلكها العاملون في إحداث التغييرات التنظيمية المعززة للسلامة.

٣. تأسيس ثقافة تنظيمية داعمة للتعلم، بحيث يتم تشجيع العاملين على التطوير الذاتي والتعلم المستمر والبحث عن المستجدات، وتوفير البرامج التطويرية والمصادر المتطورة للمعرفة. وينبغي أن تواكب هذه البرامج مستجدات علوم السلامة وتقنياتها والمعايير المهنية والتخصصية في المجالات الصحية، حرصاً

على تقليص الفجوة بين الممارسة وواقع المعرفة العلمية. من أبرز مقومات هذه الثقافة تعزيز ثقة العاملين بقدرتهم على إحداث تغيير في أساليب العمل، وبأهمية العمل الجماعي والتعاون والتعلم المستمر والشفافية. كما ينبغي أن تدعم هذه الثقافة النظرة الشمولية لمشكلات السلامة وفقاً لمنظور النظم، بحيث يتم التركيز على جميع العوامل المسببة للضرر والمؤثرة على السلامة.

٤. تفعيل الآليات المؤسسية للاتصال في المنظمة، بحيث تشمل على فرق السلامة والجودة وحلقاتها، وشبكات التواصل الإلكتروني الداخلية، وغيرها من الآليات التي تعزز تبادل المعلومات والخبرات ومناقشة التجارب الفردية، والتوصل إلى رؤية مشتركة تساعد على تعديل الممارسات وأساليب الأداء بما يحقق السلامة وجودة الرعاية.

٥. تأسيس آليات التفكير الإبداعي في قضايا السلامة، ومن أبرزها ورش العمل وحلقات العصف الذهني وغيرها للتوصل إلى مراحل متقدمة من التعلم في سبيل تعزيز السلامة وجودة الرعاية.

٦. تهيئة مواقع العمل لتكون بيئة خصبة للتعلم، وذلك بتنظيم الفعاليات الرسمية وغير الرسمية الهادفة إلى إكساب المعرفة، والاطلاع على المستجدات والانفتاح على مصادر المعرفة الخارجية، والتواصل مع الخبراء والاستشاريين، بالإضافة إلى الاطلاع على نتائج تقييم الأداء الفردي والمؤسسي بما يساعد على التعلم من الأخطاء والحوادث ومنع وقوعها مستقبلاً.

٧. تأسيس نظم معلومات تساعد على تبادل المعرفة والتشارك في المعلومات المتعلقة بالسلامة، بحيث يتوافر لكل فرد في المنظمة قدر متساو من المعلومات حول الأهداف الموضوعية والأداء الفعلي وأوجه القصور والأحداث السلبية، بالإضافة إلى التوجهات الجديدة للإدارة والمستجدات المعرفية بهدف إزالة جميع الحواجز التقليدية التي كانت تمنع المشاركة في المعرفة والتعلم وتعزل أجزاء المنظمة إلى قطاعات منفصلة عن بعضها البعض.

التبليغ عن الأحداث الضائرة كأساس للتعلم التنظيمي لتحقيق السلامة؛

يُجمع خبراء السلامة على أنه من الممكن استخلاص دروس مهمة -من تداعيات الأحداث الضائرة- تساعد في تحديد كيفية تعديل الإجراءات والسياسات القائمة،

أو وضع سياسات وإجراءات جديدة لتجنب حدوث مثل هذه الأحداث في المستقبل. لذلك يساعد التبليغ عن الأخطاء الطبية على توجيه الاهتمام وتوضيح الرؤى، ويمثل في واقع الأمر نقطة انطلاق لجهود التحسين. وبناء على البيانات التي توفرها عملية التبليغ تتمكن المنظمات الصحية من تقييم مكامن الخلل، وتحديد الأسباب، واتخاذ الإجراءات المناسبة للتصدي للأخطاء بأنواعها. وعليه فإن من الأهمية بمكان أن تقوم المنظمات بتأسيس آليات التبليغ عن الأخطاء وتبني إستراتيجيات التعليم المستمر للعاملين واستتباط الدروس المستفادة من الأخطاء ونشرها بين العاملين، وتخصيص الموارد والميزانيات الكافية لتأسيس أنظمة سلامة المرضى، وتحسين نظم الإبلاغ عن الأحداث الضائرة داخل المؤسسة. كما يساعد تحليل البيانات المخزنة في نظام الإبلاغ الوطني عن الأخطاء وحوادث الرعاية الصحية على توليد كميات كبيرة ومفيدة من المعلومات من تقارير حوادث سلامة المرضى، والعمل على وضع الخطط بهدف العمل على خفض الضرر الناجم عنها (Donaldson, Panesar, Darzi, 2014).

حث تقرير معهد الطب (IQM) «كل ابن آدم خطأ: بناء نظام صحي آمن» على تأسيس أنظمة متخصصة للتبليغ عن الأخطاء لتحقيق هدفين: «محاسبة مقدمي الرعاية عن أداائهم»، و«توفير المعلومات اللازمة لتحسين السلامة». ومن الناحية المنطقية فإن هناك تناقضاً ظاهراً بين الهدفين، إذ يهدف أحدهما للمحاسبة، والآخر يهدف للتعليم. وعلى أرض الواقع، قد يكون من الصعب تحقيق الهدفين في آن واحد، إذ لن يتم -غالباً- الإبلاغ عن معظم الأخطاء طواعية فيما لو لم يتم وضع آليات حاسمة وتفعيل عملية التبليغ وبناء ثقافة غير عقابية. وفي حين تعد بعض المنظمات الإبلاغ عن الأحداث الضائرة أمراً إلزامياً فإن البعض الآخر يعده أمراً طوعياً. وتشجع طوعية عملية التبليغ الممارسين على الإبلاغ عن الأخطاء والأحداث الوشيكة، وتوفر معلومات مهمة تساعد على التعلم التنظيمي وتقلل من الأخطاء في المستقبل. مع ذلك يظل التخوف من أنه مع الإبلاغ الطوعي فإن معدل الخطأ الحقيقي ربما يكون أكثر بكثير مما تم الإبلاغ عنه فعلياً.

كما تمثل الثقافة التنظيمية عنصراً حاسماً لتعزيز التعلم من الفشل، حيث تؤثر الاعتبارات الثقافية في جميع مراحل وجوانب عملية التعلم، بدءاً من عملية اكتشاف الحدث لأول مرة، إلى عملية التبليغ والإفصاح عن الأخطاء، إلى تضمين التغييرات المناسبة في الممارسة العملية. لذلك يعد تعزيز ثقافة الإبلاغ عن الأخطاء والأحداث الضائرة أمراً أساسياً لمنع تكرار وقوعها مستقبلاً.

تصنيف الحوادث التي تستوجب التبليغ:

استناداً إلى مفهوم هرم الحوادث الذي قدمه Heinrich وسبقت مناقشته في موقع آخر من هذا الكتاب، تقاس جودة أنظمة التبليغ عن الحوادث بمعدل الحوادث البسيطة المبلغ عنها إلى الحوادث الأكثر خطورة، إذ كلما زادت نسبة التبليغ عن الحوادث البسيطة والوشيجة كان ذلك دليلاً أقوى على أن نظام الإبلاغ يعمل بفاعلية. ويشير هذا النموذج إلى أن الأخطاء الوشيكية يمكن أن تحدث بمعدل ٢٠٠ مرة أكثر من الأخطاء الجسيمة التي يترتب عليها آثار سلبية، وهذا ما يجعلها مهمة جداً كمصدر للمعلومات القيمة والمفيدة في الوقاية من الأخطاء الجسيمة (Hollnagel, 2009).

وبتطبيق نموذج هرم الحوادث لـ Heinrich يمكن الكشف عن مشاكل النظم من خلال التبليغ عن ثلاث فئات من الحوادث:

- الحوادث الجسيمة: الأخطاء التي تؤدي إلى تعرض المرضى للأذى (على سبيل المثال: إعطاء المريض جرعة زائدة من الدواء مما يترتب عليه حدوث مضاعفات حادة).
- الحوادث البسيطة: الأخطاء التي لا ينتج عنها ضرر (على سبيل المثال: إعطاء المريض جرعة زائدة من الدواء لم يترتب عليها أية مضاعفات أو أضرار).
- الأخطاء الوشيكية: الأخطاء التي تسبب ضرراً يمكن احتواؤه بطريقة ما قبل تعرض المريض للخطر (على سبيل المثال: تحضير جرعة زائدة واكتشاف ذلك قبل تناول المريض للدواء).

وتتمثل وظيفة نظم التبليغ عن الأخطاء في رصد وتحليل ونشر المعلومات عن الحوادث العرضية والحوادث الوشيكية الوقوع، حتى في حال عدم وجود أحداث جسيمة (Adverse events)، إذ يمكن أن ينتج عن معظم الحوادث إصابات خطيرة ولكن ذلك لا يحدث في الواقع إما بسبب التدخل الفوري أو ببساطة بسبب حسن الطالع. لذلك فإن الاكتفاء بالرصد والتحليل والتعلم من الأحداث التي أدت إلى إلحاق ضرر جسيم فقط يعني التعلم من عينة صغيرة جداً من الحوادث، ويؤدي إلى إغفال العديد من الدروس المهمة التي تساعد في الوقاية من الأحداث الضارة في المستقبل.

ولعل التحديات ذات الصلة بالمعلومات من أبرز التحديات التي تواجه التعلم التنظيمي نتيجة لعدم توافر البيانات الخاصة بالمخاطر والسلامة لكل منظمة، وعدم التأكد من

موثوقية هذه البيانات وصلاحياتها في حال توافرها. وتختلف بيانات السلامة عن أنواع أخرى من مؤشرات الأداء التنظيمي، وذلك لأن معظم الأحداث الجسيمة نادر الحدوث (Reason 1997; Gaba 2000). على سبيل المثال فإن نسبة حدوث بعض المضاعفات الجراحية متدنية جداً مما يجعل من المستحيل قياس المعدلات الحقيقية لحدوثها، لأن ذلك يتطلب الانتظار سنوات عديدة لتجميع بيانات كافية يمكن الاستناد عليها في التوصل لنتيجة واتخاذ القرارات المناسبة (Mant 2001). لذلك فإن الإبلاغ عن الأخطاء الوشيكية والتي تم اعتراضها قبل وقوع ضرر يمثل مؤشراً مهماً لتحقيق التعلم التنظيمي، بل لا يقل أهمية عن الإبلاغ عن تلك الأحداث التي سببت ضرراً فعلياً.

وبتحليل جميع فئات الأخطاء المبلغ عنها يمكن الكشف عن المخاطر الخفية وغير المتوقعة، والأوضاع الخطرة والانحرافات أو الاختلافات التي تظهر مواطن ضعف النظام، أو الأفعال غير المتعمدة لمقدمي الرعاية والتي قد تؤدي إلى تعرض المريض للآذى. وسواء تسبب الخطأ في تعرض المريض للخطر أو الضرر أم لا، فإن هذا لا ينفي كونه لايزال خطأ لذلك يمثل الإبلاغ عن الخطأ الفعلي والوشيك حجر الزاوية في برامج السلامة في المنظمات ذات الموثوقية العالية وأبرز وسائل التعلم التنظيمي.

الإبلاغ والإفصاح عن الأخطاء الطبية؛

يتميز المختصون بين الإبلاغ (Reporting) عن أخطاء الرعاية الصحية (التبليغ الشفهي، والمكتوب، والإلكتروني، أو أي شكل آخر من أشكال الاتصال وتسجيل الأخطاء الجسيمة والبسيطة والأحداث الوشيكية)، وبين الإفصاح (Disclosure) عن هذه الأخطاء (توفير المعلومات عن الأخطاء للمرضى وذوهم). ويعد الإبلاغ عن الأخطاء الجسيمة والتي ينتج عنها ضرر للمريض فضلاً عن الأخطاء البسيطة والوشيك من أهم مقومات سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية. ويعرف الإبلاغ عن أخطاء الرعاية الصحية بأنه «وصف دقيق للخطأ يوضح التفاصيل الكاملة للظروف والملابسات المحيطة بالحدث، وفي بعض الأحيان يبين مدى تورط مقدمي الرعاية الصحية أو المرضى وذوهم في الخطأ. ويمكن لأي طرف من الأطراف ذات العلاقة اكتشاف الخطأ والتبليغ عنه، سواء كانوا المرضى أو مقدمي الرعاية». ويمكن التبليغ عن أخطاء الرعاية الصحية من خلال أنظمة رسمية مقننة موجودة في مؤسسات الرعاية الصحية (داخلياً) أو من خلال أنظمة خارجية كالمنظمات المعنية

بالجودة وسلامة المرضى. ويمكن أن يكون التبليغ كتابياً (ورقياً وإلكترونياً) أو لفظياً، كما يمكن أن يكون الإبلاغ طوعياً أو إلزامياً سرياً أو علنياً (يكشف عن هوية المُبلِّغ أو يبقئها سراً). وتتعلق أهمية الإبلاغ من مبدأ رئيسي هو عدم إحداث الضرر ومنع تكرار حدوث الأخطاء.

أما «الإفصاح» (Disclosure) عن الأخطاء الفعلية أو الوشيكة، فهو يشير إلى قيام مقدمي الرعاية أو المسؤولين في المستشفى بإطلاع المرضى وذويهم على وقوع أخطاء من منطلق حقوقي وبهدف تعزيز ثقتهم في المنظومة الصحية واحتواء الآثار السلبية المترتبة على الأخطاء ومنع حدوث مثيلاتها في المستقبل (IOM, 2001). وفي حين يساعد الإبلاغ على الحد من الأخطاء المستقبلية ويعزز عملية التعلم، فإن الإفصاح عن الأخطاء يفيد المرضى، بتزويدهم بالإجابات الفورية عن تساؤلاتهم حيال الأخطاء، ويقلل من آثار المعاناة الشخصية، والحاجة للجوء إلى التقاضي والذي قد تطول إجراءاته بدون جدوى، كما يعزز من ثقتهم في مقدمي الرعاية. ولا يعد الإفصاح عن أخطاء الرعاية الصحية أحد أشكال الإبلاغ عن الأخطاء وحسب ولكنه يعد كذلك وسيلة لتوضيح وتحليل تفاصيل هذه الأخطاء. وغالباً ما يتم الإفصاح من قبل مقدمي الرعاية من منطلق المسؤولية والأمانة المهنية، إضافة إلى الحد من احتمالات التعرض للمساءلة القانونية، إلا أنهم قد يترددون أحياناً في الكشف عن الأخطاء بسبب العواقب الوظيفية والشعور بالحرج والذنب والخوف من التشهير.

وتتبع أهمية الإفصاح من منطلق أن للمرضى الحق في المعرفة، فهي مسألة مبدئية تحكمها أخلاقيات المهن الصحية. ويدرك متلقو الرعاية عموماً احتمال وقوع الأخطاء، وخاصة مع تداول الكثير من الأخبار عن الأخطاء الطبية في وسائل الإعلام، لذلك يعزز الإفصاح الثقة والاتصال المفتوح بين المرضى ومقدمي الرعاية. ويحد الإفصاح عن الخطأ من حاجة المرضى للجوء إلى طبيب آخر، ويسهم في تحقيق رضاهم عن الرعاية المقدمة وثقتهم في مقدمي الرعاية، ويدفعهم لتبني رد فعل إيجابي حيال الخطأ. وفي كثير من الشواهد يقل احتمال لجوء المرضى إلى الإجراءات القانونية بسبب قيام مقدمي الرعاية بالإفصاح عن الخطأ والقضاء على أي شكوك لدى المريض بوجود تستر أو تأمر لإخفائه (IOM, 2001). والعكس صحيح، فعندما لا يبدي مقدمو الرعاية الاهتمام الكافي حيال ما يثير قلق المرضى يفقدون مصداقيتهم ويتخوف المرضى من العودة إليهم مستقبلاً، بل لا يتبعون تعليماتهم الطبية ولا يثقون بهم، وقد يلجؤون إلى رفع دعوى قضائية ضدهم.

ويتضمن الإفصاح عن الأخطاء الاعتذار الرسمي (اللفظي أو الكتابي) أحياناً من قبل العاملين المسؤولين عن سلامة المريض ومقدمي الرعاية؛ إذ إن العنصر الجوهري في عملية الإفصاح هو تعزيز العلاقات القائمة على الثقة بين المرضى ومقدمي الرعاية الصحية. ولا بد أن تشمل سياسة الإفصاح الاعتذار للمرضى وذويهم واحترام استقلاليتهم التي تؤكد حقهم في الحصول على معلومات كاملة عن جميع جوانب الرعاية المقدمة، بما في ذلك الأخطاء.

ومن أهم عوائق الإفصاح عن الأخطاء هو عزوف مقدمي الرعاية، والذي يمكن أن يعزى جزئياً إلى عدم وضوح الرؤية حيال ما ينبغي كشفه بالتحديد، وكيف ومتى يجب أن يتم الإفصاح، وعلى من تقع مسؤولية مصارحة المرضى وذويهم والكشف عن تلك الأخطاء، إذ لا توجد قواعد عامة للقيام بهذا. لذلك يفترض أن تضع المنظمات الصحية سياسات واضحة لعملية الإبلاغ والإفصاح تحدد من المسؤول عن مصارحة المريض بوقوع خطأ، وطبيعة الرعاية التي ينبغي أن تقدم عقب حدوث الخطأ، وطبيعة المعلومات التي تقدم له. ولا بد أن يتم تطوير وتنفيذ سياسات الإفصاح والتبليغ كجزء من جهد متكامل على مستوى المنظمة يهدف إلى تغيير الثقافة، وتعزيز الاتصال المفتوح، والصدق والشفافية وعدم توجيه اللوم. ولا شك أن الدعوة إلى عدم توجيه اللوم لا تنفي الحاجة إلى محاسبة مقدمي الرعاية في حال تعمد التقصير والإهمال ومخالفة السياسات أو في حالة ارتكاب جريمة لا قدر الله.

مكونات نظام التبليغ؛

استثمرت بعض الصناعات موارد ضخمة في سبيل تطوير نظم رصد وتحليل المعلومات عن قصور الخدمات وضمان أن يتم تطبيق الدروس المستفادة من الأخطاء بشكل منتظم لتحقيق التعلم التنظيمي. وتوجد أفضل التجارب التطبيقية للتعلم التنظيمي في القطاعات التي يترتب على الفشل فيها عواقب وخيمة بشريا أو ماديا أو بيئيا كقطاعات النفط والصناعات النووية والطيران. وبالرغم أننا لسنا بصدد استعراض هذه التجارب بعمق إلا أنه يمكن استخلاص بعض الأفكار القيمة من استعراض موجز لأفضل هذه الأنظمة وهو الموجود في صناعة الطيران.

نظم التبليغ عن الأخطاء (صناعة الطيران نموذجا)؛

يعمل نظام سلامة الطيران على المستوى الدولي ويتكون من خمسة عناصر رئيسية لتوفير وسيلة ملائمة لجمع المعلومات وتحليلها واتخاذ القرارات بناء على

التعلم التنظيمي لتعزيز سلامة الرعاية الصحية

الحوادث الفعلية والوشيجة وغيرها من الأخطاء. كما يسعى نظام السلامة إلى تحديد الإجراءات الاستباقية حيال العوامل التي يمكن أن تشكل خطراً على السلامة فيما لو تركت بدون علاج جذري. ويتكون نظام التبليغ في مجال الطيران من العناصر التالية:

- التحقيق في الحوادث العادية والخطيرة: وتتضمن الاتفاقية الدولية للطيران المدني الدولي (ICAO)، وبرنامج الإبلاغ عن الحوادث (ADREP)، ويتضمن بنوداً مهمة لنشر نتائج التحقيقات في الحوادث الجسيمة والعارضة على مستوى العالم.
- نظام الإبلاغ الإلزامي (MORS): ويستخدم للإبلاغ وتقديم التقارير عن الأحداث السلبية بغض النظر عما إذا كانت قد أدت إلى وقوع ضرر، ويغذي هذا النظام قاعدة بيانات على المستوى الوطني لتحليل الاتجاهات وتقديم التغذية المرتدة لمختلف القائمين على هذه الصناعة.
- نظام التبليغ السري عن الحوادث الناتجة عن العامل البشري: ويُدار من قبل هيئة مستقلة ويوفر المتابعة والتغذية المرتدة حيال التقارير السرية عن الأخطاء البشرية.
- نظم معلومات السلامة الخاصة بالمؤسسات: وهي أنظمة خاصة بكل شركة طيران يتم من خلالها تسجيل جميع المستويات من الحوادث والأخطاء المتعلقة بالسلامة. ويتم استخدام المعلومات من قبل العاملين داخل المؤسسة والاستفادة منها للتعلم وتعزيز السلامة. ويقوم الموظفون بالتبليغ عن الأخطاء في ظل تأكيد قوي وشعور بالطمأنينة بأنه لن يتم التعرض لأي شخص قام بالتبليغ عن خطأ غير مقصود.
- نظم الرصد التشغيلية: التي ترصد بشكل استباقي كفاءة الطاقم من خلال إجراء عمليات تفتيش منتظمة، واستعراض المعلومات التي يرصدها مسجل بيانات الطيران عن كل رحلة.

وكما يتضح من هذا المثال فإن منظومة التبليغ عن الأحداث الضائرة لا تقتصر على مكونات داخل المنظمة فقط، بل تشمل مكونات خارجية إلزامية تفرضها المنظمات المعنية بسلامة الطيران بهدف استخلاص الدروس وإجراء المقارنات المرجعية الهادفة لتعزيز السلامة. وبالتالي فإن السلامة كما يتضح من نموذج الطيران هي التزام

مؤسسي على مستوى المنظمة من ناحية والتزام على مستوى الصناعة ككل من ناحية أخرى. وهذا ما تقتصر إليه منظومة الرعاية الصحية والتي تركت مسؤولية السلامة فيها تقع على عاتق مقدمي الرعاية الأفراد مما أدى إلى تشتيت الجهود وتفاوت مستوى الإنجاز المتحقق لتعزيز السلامة. وفي ظل غياب أو ضعف الآليات الخارجية التي تفرضها الجهات الرقابية والصناعة ككل تبرز الحاجة لتفعيل آليات التبليغ الخارجي في منظومة الرعاية الصحية لتعزيز العمل الجماعي والجهد المشترك ونشر الدروس المستفادة وتوحيد الجهود وضمان سلامة الرعاية الصحية.

آليات الإبلاغ عن الأخطاء في المجالات الصحية:

توجد آليات التبليغ عن الأحداث الضائرة في المنظمات الصحية منذ زمن طويل، إلا أنها لا ترصد إلا جزءاً ضئيلاً من الأخطاء الفعلية. ويرتبط الإبلاغ عن الأخطاء بأنشطة إدارة المخاطر (Risk Management) والتي تستهدف منع الأخطاء الفعلية أو المحتملة واحتواء الآثار السلبية المترتبة على الأخطاء والحوادث الفعلية. وتتعدد آليات الإبلاغ عن الأخطاء بتعدد أنواع الأخطاء، والتي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الأخطاء الدوائية، وعدوى المستشفيات، والأخطاء الجراحية، وأخطاء التشخيص وغيرها. ولكل نمط من الأخطاء الأساليب المناسبة للتبليغ. ولكل من أساليب التبليغ مميزاته وعيوبه، إلا أن استخدام أي من آليات الإبلاغ عن الخطأ يتعثر في ظل غياب تعريفات قياسية لمختلف المصطلحات المرتبطة بالأخطاء والأحداث السلبية. كما أن جميع هذه الآليات يُعد عديم الجدوى في حال عدم تفعيل نتائجه لصالح جودة الرعاية وتحسين سلامة المرضى.

وتشجع التوجهات الحديثة على التبليغ عن الأخطاء والأحداث الوشيكة، وتركز على تحسين مشاركة مقدمي الرعاية والتأكيد على الإبلاغ الطوعي والسري والمشاركة في مناقشة وتحليل الأحداث مع مديري المخاطر والقيادات التنظيمية وأخصائيي سلامة المرضى. كما أن من المناسب الدمج بين آليات الإبلاغ الفورية والتبليغ بأثر رجعي مما يؤدي إلى إثراء المعرفة حول الأخطاء ويسهم في تصميم نظم فعالة سواء لرعاية المرضى أو للتحسين المستمر للعمليات. ومن أهم مصادر المعلومات حول سلامة المريض ما يلي (IOM, 2001):

- الملاحظة المباشرة.
- السجلات الطبية.

- التقارير الداخلية.
- البيانات الإدارية.
- نظم الإبلاغ عن الأخطاء الوشيكة والأحداث الجسيمة (الورقية والإلكترونية).
- ملاحظات المرضى.
- المطالبات القانونية بالتعويض.

وقد تمثل الملاحظة المباشرة أكثر هذه المصادر تكلفة ولكنها توفر بيانات دقيقة وتفصيلية ومفيدة عن عمليات الرعاية. ويستخدم أسلوب الملاحظة المباشرة لاكتشاف الأخطاء فور وقوعها وبالرغم من أنه أسلوب دقيق ويؤدي للكشف عن معلومات متعددة، إلا أنه غير عملي وفي واقع الأمر غير ضروري لتحقيق سلامة المرضى. أما السجلات الطبية - وإن كانت مراجعتها مكلفة - إلا أنها تمثل مصدراً مفصلاً وموثوقاً للبيانات حول الأحداث الجسيمة. وبالمقارنة فإن البيانات الإدارية منخفضة التكلفة ومتكاملة عموماً، ويتم جمعها بصورة روتينية، على الرغم من عدم دقة هذه البيانات وتنوع أساليب التوثيق والتي تمثل إحدى نقاط ضعف البيانات الإدارية. من جانب آخر يمكن اعتبار المرضى مصدراً للمعلومات للتبليغ بحدوث آثار سلبية مرتبطة بالتدخلات الطبية، حيث يقدم المرضى معلومات عن الأعراض الجديدة التي لا يكتشفها مقدمو الرعاية بسهولة وعن ظروف تطورها وفق رؤية المريض أو ذويه.

من أمثلة تقارير الإبلاغ الداخلية «تقارير الوقائع Incident Reports»، وملاحظات الممرضات، وتقارير لجنة السلامة، وجولات رعاية المريض، وتقارير تبادل ورديات العمل (handoffs). ولعل أكثر وسائل التبليغ شيوعاً هي «تقارير الوقائع Incident Reports» وهي نماذج ورقية تستخدمها في الغالب الممرضات للإبلاغ عن الأخطاء الخطيرة، إلا أن هذه الآلية تعرضت للكثير من الانتقاد لكونها تركز على الفرد وعلى توثيق الخطأ وليس بالضرورة التعلم منه، وبالتالي هي غير فعالة في تحسين سلامة المريض. وتعتمد الفائدة من التقارير الداخلية على تصميم النظام، وعلى ماهية المعلومات المطلوبة وكيفية جمعها ومدى استخدامها لإجراء تحليلات متعمقة في الأخطاء لفهم طبيعتها وحجم المشكلة. بالإضافة إلى ذلك تعكس التقارير قدرة مقدمي الرعاية على التعرف على الأخطاء واستعدادهم للإبلاغ عنها سواء من خلال آليات الإبلاغ الرسمية أو التوثيق في سجلات المرضى.

ولعل أبرز التوجهات للتبليغ عن الأخطاء وتعزيز عملية التعلم منها هو تطبيق الأنظمة المرتبطة بشبكة الإنترنت في المستشفيات لتحسين عملية الإبلاغ عن الخطأ حيث تحقق عدداً من المميزات: زيادة عدد الأخطاء المبلغ عنها، ورفع جودة البيانات، وسرعة التبليغ، وتحديد العوامل المسببة للخطأ، وتشجيع مقدمي الرعاية على الإبلاغ عن الأحداث الوشيكة فور اكتشافها وتسهيل عملية تبادلها مع الصف الأول من مقدمي الرعاية لمواجهة هذه الأخطاء.

ويساعد تحليل ونشر بيانات الخطأ والأحداث الوشيكة (بدون نشر أسماء المتورطين فيها) على تتبع مقدمي الرعاية للعوامل التي تهدد سلامة المرضى مما يقلل الأخطاء، ويسهم في تحسين سلامة المرضى وتعزيز ثقافة مقدمي الرعاية بفوائد الإبلاغ ودوره في تحسين إجراءات العمل. وتتبنى بعض الدول المتقدمة أنظمة إبلاغ خارجية تتمثل في التقارير المقدمة إلى منظمات خارجية معنية بسلامة المرضى، مثل الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية. وتتطلب طرق الإبلاغ المتطورة توافر قواعد بيانات تسمح بتحليل المعلومات والتواصل المستمر مع هذه المنظمات. ويعتمد نجاح التبليغ الإلكتروني على سهولة الوصول إلى قواعد البيانات والتكلفة المرتبطة بالتطبيقات الإلكترونية، وقدرة الشبكات وتجهيزات البنية التحتية في منظمات الرعاية الصحية، بالإضافة إلى الجوانب التنظيمية المرتبطة بالسياسات والإجراءات. ولا يكفي أن يتم تصميم الأنظمة المتطورة للإبلاغ عن الأخطاء، بل ينبغي في الوقت نفسه تبني إستراتيجيات موازية لتغيير ثقافة المنظمة وتدعيم ذلك بالتدريب على استخدام نظام الإبلاغ، وكيفية الإبلاغ عن الحوادث، وأساليب الاتصال وتوفير معلومات التغذية المرتدة عن الأخطاء.

سرية بيانات سلامة المرضى؛

تواجه المنظمات الصحية إشكالية حول سرية بيانات سلامة المرضى والمستخلصة أساساً من تقارير التبليغ عن الأحداث الضائرة الفعلية منها والوشيكة. فمن ناحية هناك حرص على عدم انتهاك خصوصية المريض وضرورة الحصول على موافقة المريض لاستخدام بيانات حالته المرضية لأغراض سلامة المرضى. ومن ناحية أخرى، قد تصطدم جهود السلامة ببعض الأنظمة الخاصة بالشفافية وحرية تبادل المعلومات والتي قد تلزم المنظمات الصحية بالإفصاح عن تقارير وبيانات سلامة المرضى فيها. يؤثر الاستخدام السلبي لهذه البيانات على ثقة مقدمي الرعاية ومتلقيها في أنظمة

التبليغ وفي برنامج السلامة ويمنعهم من تقديم المعلومات طوعاً أو بمحض إرادتهم. لذا لا بد من اتخاذ التدابير التي تمنع وجود مثل هذا القلق حول مصير بيانات السلامة وهوية المستخدم النهائي لتقارير الإبلاغ عن الأحداث الضائرة حتى لا يؤدي إلى الإضرار بجهود السلامة وإحباطها. ويعتمد نجاح جهود السلامة على ثقة مقدمي الرعاية وقناعتهم بهذه الجهود ومصادقية الهدف والآليات التي تستخدمها، وبأنها لن تسهم في نهاية المطاف إلى الإضرار بهم وبسمعتهم، بل ستسهم في تطوير منظومة العمل وتمكينهم من الارتقاء بمستوي السلامة في الخدمات التي يقدمونها. لذلك تلجأ بعض المنظمات إلى استخدام نظم التبليغ التي لاتفصح عن هوية مقدم الرعاية أو المريض. إلا أن هذا النظام لا يساعد على إجراء تحليل الأسباب الجذرية للأخطاء والذي يتطلب اللقاء بالأشخاص ذوي العلاقة ومعرفة تفاصيل الحدث. ومن جانب أخلاقي فإن عدم معرفة هوية مرتكبي الأخطاء يجعلهم يعملون خارج الأطر المتعارف عليها للمساءلة والمحاسبة. وعلى الرغم من أن هذه المحاذير مشروعة، ومنطقية فمن غير المقبول أن يستمر ارتكاب الأخطاء بدون مساءلة المتورطين، ولكن حرصاً على التعلم التنظيمي لأغراض السلامة لا بد من أن تبدأ جهود السلامة من نقطة لا يشعر فيها مقدمو الرعاية بالتهديد، بل ينبغي تعزيز شعورهم بالشراكة في هذه الجهود وقيادتهم لها إن أمكن. ويظل الطموح أن تصل هذه الجهود بالثقافة التنظيمية في مرحلة لاحقة إلى الشفافية التامة والمساءلة ومحاسبة المهملين والمقصرين إن وجدوا.

العوامل التي تمنع التبليغ:

من المتوقع أن تحدث الأخطاء في مجال الرعاية الصحية، بل في كل النظم المعقدة المماثلة، إذ يمثل العامل البشري فيها محوراً من محاور منظومة الأداء. لذلك تتبلور الرسالة التي تبناها التقرير الأمريكي «كل ابن آدم خطأ To err is human» في فكرة أساسية هي أن منع الإصابات والوفيات الناجمة عن الأخطاء الطبية يتطلب إحداث تغييرات كبيرة على نطاق منظومة العمل أخذاً في الاعتبار تأثير العامل البشري. وبين التقرير أن هناك ثلاث إستراتيجيات مهمة في مجال السلامة وهي: الوقاية من الأخطاء، والاعتراف بوجودها، وتخفيف الضرر الناجم عنها.

وبطبيعة الحال، فإن الإستراتيجية الأولى تختص بتخطيط وتنفيذ الإجراءات المناسبة لمنع الخطأ، وهي الأكثر فاعلية لتحقيق النتائج المنشودة ومنع حدوث الأخطاء في المقام الأول. وكثيراً ما عد المتخصصون في الرعاية الصحية الأخطاء دليلاً

على العجز أو التهور من جانب مقدمي الرعاية، وأدى هذا المنظور المتشدد إلى إيجاد ثقافة مهنية لاتتسامح مع الأخطاء. وبدلاً من التعلم من مثل هذه الأحداث واستخدام المعلومات لتحسين السلامة ومنع وقوع أحداث جديدة- يواجه مقدمو الرعاية الصحية صعوبة في الاعتراف أو حتى مناقشة الأحداث السلبية أو الأحداث الوشيكة الوقوع (Near Miss) خشية التعرض للمساءلة أو اللوم أو للدعاوى القضائية والتشهير. بالتالي يعد تدني معدلات الإبلاغ عن الأحداث السلبية أو تلك الوشيكة الوقوع قضية جوهرية لسلامة المرضى مما يحتم قيام المنظمات الصحية بتطوير بيئة عمل غير عقابية (Nonpunative) لتساعد على التعلم من الأخطاء.

ويتعرض مقدمو الرعاية الصحية للقلق والشعور بالذنب إزاء الحوادث والأخطاء، بالإضافة إلى خوفهم من الإجراءات النظامية والمساءلة القانونية نتيجة لإدراكهم لمسؤوليتهم المباشرة عن الأخطاء. وعلى الرغم من هذه التبعات النفسية للحوادث والأخطاء إلا أنه من النادر أن يتلقى مقدمو الرعاية الدعم المعنوي من زملائهم ورؤسائهم عند وقوع أخطاء جسيمة (Pfeiffer Manser & Wehner 2010). لذلك ينبغي توفير الدعم لمقدمي الرعاية وتيسير المناقشة المفتوحة بين الزملاء حتى لا يتحملوا معاناة ارتكاب الأخطاء والشعور بالذنب تجاه الإضرار بالمرضى وحدهم. ولا بد أن تعمل المنظمات الصحية على تبديد أسطورة الكمال (الممارسة المثالية) ومواجهة حقيقة أن الأخطاء تحدث لأفضل الممارسين. ولا شك أن مقدمي الرعاية لا يعتمدون الإضرار بالمرضى، ومع ذلك فهم يخفئهم للأخطاء يضاعفون احتمال تعرض المرضى للضرر سواء نتيجة لتفاقم الحالة الصحية بسبب الخطأ، أو نتيجة لأن التكتم على الخطأ يعيق عملية التعلم منه وبالتالي يؤدي إلى تكراره في المستقبل.

وعلى أرض الواقع، تشير الدراسات إلى أن كثيراً من الأخطاء في مجال الرعاية الصحية تمر بدون أن يتم التبليغ عنها وذلك لأسباب مختلفة، لعل أهمها الاستجابة الانفعالية للأخطاء والخوف من اللوم وتحمل المسؤولية والإجراءات التأديبية أو الدعاوى القضائية (Flemons and McRae 2012). وهناك عوامل أخرى تمنع التبليغ عن الأخطاء منها: عدم وجود نظام أو آلية للإبلاغ عن الخطأ، وعدم معرفة كيفية التبليغ، أو ماهية الأخطاء الطبية التي ينبغي الإبلاغ عنها، وتعقيد إجراءات التبليغ أو كثرة النماذج المستخدمة للإبلاغ عن الحوادث والأخطاء (Pfeiffer Manser & Wehner 2010). وقد تؤثر ثقافة المنظمة في عملية التبليغ عن الخطأ ومن ذلك عدم إعطاء تغذية راجعة للمبلغين عن الخطأ، وعدم معرفة الجدوى من الإبلاغ عن

الأخطاء الطبية، وعدم وجود ثقافة الإبلاغ عن الأخطاء الطبية. وفيما يلي نناقش بعض هذه العوامل بشيء من التفصيل (Pfeiffer Manser & Wehner 2010).

أولاً: ثقافة اللوم؛

يتجنب مقدمو الرعاية الذين يعملون في منظمات تسودها ثقافة اللوم والعقاب الإبلاغ عن الأخطاء خشية أن يؤثر ذلك على مستقبلهم الوظيفي وخاصة في ظل هيمنة نمط سلبي للتعامل مع الخطأ في مجال الرعاية الصحية يقوم على توجيه اللوم:

«حدد المخطئ، وجه اللوم له، وبخه، ثم افضحه. Fame, Shame, Blame, Name». وتواجه المنظمات الصحية تحدياً كبيراً في التخلص من وهم المثالية والكمال وبناء بيئة آمنة تعترف بأن الأخطاء أمر متوقع وتسعي لمحاولة فهم أسباب حدوثها. ويؤدي الخوف من اللوم إلى انتشار ثقافة الصمت، إلا أن الصمت يمكن أن يكون مدمراً إذا امتنع مقدمو الرعاية الصحية عن مناقشة القضايا والأمور التي تشغلهم والتي تؤثر على سلامة المرضى بما في ذلك الأخطاء والسلوكيات الخطيرة التي قد يرتكبها زملاؤهم (IOM, 2001). وعندما يتمكن الأفراد والمنظمات من التحول من ثقافة اللوم إلى ثقافة السلامة، وعندما يتم التخلص من ثقافة اللوم والخجل من الأخطاء ومكافأة المبلغين عنها، عندها فقط تكون المنظمات الصحية قادرة على تفعيل أنظمة الإبلاغ عن جميع أشكال الأخطاء والأحداث الضائرة وزيادة معدلات الإبلاغ عنها. وهذا يتطلب أن يدرك مقدمو الرعاية بأن بالإمكان جعل الرعاية المقدمة أكثر أمناً بتأسيس بيئة غير عقابية ومحفزة على الإبلاغ واكتشاف العوامل الكامنة في منظومة العمل التي تؤدي إلى ارتكاب الأخطاء.

ثانياً: الخوف من الإجراءات التأديبية؛

قد يكون خوف مقدمي الرعاية من الإجراءات التأديبية التي تهدد عملهم والمحاسبة والمقاضاة من أهم العوامل التي تعيق عملية التبليغ عن الأخطاء. ويسهم قادة الرعاية الصحية الذين لا يقومون بحماية المبلغين عن الأخطاء من التعرض للإجراءات التأديبية في تعزيز ثقافة الخوف، ويؤدي الخوف من هذه الإجراءات إلى الإبلاغ عن الأخطاء فقط عندما يحدث ضرر جسيم للمريض أو عندما يتعذر التستر على الأخطاء. وفي الوضع الراهن لأنظمة الرعاية الصحية فإن كثيراً من مقدمي الرعاية الصحية سيتعرضون

للمحاسبة إذا تم توثيق تقارير مفصلة للأحداث والأخطاء التي كانت في السابق تظل طي الكتمان. وتحد الآثار والترسبات الراسخة في الأذهان عن الأخطاء التي حدثت في الماضي وما ترتب عليها من عقوبة من الرغبة في الإبلاغ عن الأخطاء في المستقبل. لذلك لا ينبغي أن تكون العقوبة هي الهدف، إذ يمكن تجاوز ذلك بتشجيع مقدمي الرعاية على الإبلاغ في مناخ تنظيمي منفتح وغير قائم على العقاب وتعزيز أنظمة التحسين المستمر بناءً على نتائج التبليغ عن الأخطاء والأحداث السلبية. والهدف من هذا التوجه هو التأكيد على أن ارتكاب خطأ ليس نهاية العالم وأن كل ابن آدم خطأ، ولكن خير الممارسين من يتعلم من أخطائه ويسهم في استفادة الآخرين منها. وفي المقابل لا بد أن يكون مستعداً لتحمل نتائج خطئه باعتبار أن ذلك حق مشروع للمتضرر من الخطأ. ولكن الموقف الإيجابي من الأخطاء يهدف في واقعه إلى بناء وتعزيز منظومة مكافحة الأخطاء والأحداث الضائرة والقضاء على السرية التي تحيط بها.

ثالثاً: عدم وجود مفهوم موحد للخطأ؛

لا يوجد اتفاق في القطاعات الصحية على مفهوم موحد للأخطاء التي تستوجب التبليغ، ومن هو المسؤول عن الإبلاغ عنها، وكيف يمكن تخفيف حدة الآثار الناجمة عنها. فالتعريفات المختلفة للأخطاء والأحداث الوشيكة والاختلافات الواضحة في أسس الإبلاغ -بين مقدمي الرعاية الذين يعملون في منظمة واحدة أو في منظمات مختلفة- كلها تجعل من الصعب العمل على منع الأخطاء. لذلك فإن من أهم التحديات التي تواجه المنظمات الصحية في سعيها لترسيخ سلامة المرضى هو الاتفاق على تعريف موحد للأخطاء. من ناحية أخرى؛ فقد يعتد بعض مقدمي الرعاية أنه من غير الواجب التبليغ عن الخطأ أو الحدث الوشيك لأنه غير مهم ولم يسبب ضرراً، مما يفوت فرصاً مهمة للتعلم التنظيمي وتعزيز إجراءات السلامة.

رابعاً: تعقيد إجراءات التبليغ وعدم توافر تغذية راجعة للمبلغين عن الأخطاء؛

إن تعقيد إجراءات التبليغ عن الخطأ، وتعدد النماذج المطلوبة وعدم توفير التغذية الراجعة عن التغييرات المطلوبة في النظام لتحسين سلامة المرضى من عوائق التبليغ. كما أن عدم توحيد معايير المعلومات المطلوبة في نماذج الإبلاغ يجعل من الصعوبة بمكان إجراء مقارنات وتحليلات إحصائية مفيدة للتعلم التنظيمي بهدف تلافي وقوع المزيد من الأخطاء في (Pfeiffer Manser & Wehner 2010). لذلك فإن استخدام نماذج موحدة للتبليغ عن الأحداث الضائرة يساعد على تأسيس آليات الاتصال المفتوح

وبالتالي التعلم التنظيمي بما فيه من فائدة لمقدمي الرعاية ومتلقيها. ومع ذلك ففي معظم المنظمات الصحية لا تتم مراجعة وتأمل تقارير الأحداث السلبية وبالتالي لا يتم تقديم تغذية راجعة بغرض تحسين السلامة وإنما تستخدم هذه التقارير غالباً للتوثيق والمحاسبة فقط. وتؤكد الدراسات أن عدم توافر التغذية الراجعة للمبلغين عن الأخطاء الفعلية أو الوشيكة حيل ما تم إتخاذها من إجراءات تصحيحية يؤدي في الغالب إلى تردهم في التبليغ عنها مستقبلاً. لذلك، فإن منظومة السلامة تتطلب تأسيس آليات فاعلة للتغذية المرتدة للمبلغين عن الأخطاء وغيرهم من العاملين في المنظمة لترسيخ القناة بأهمية عملية التبليغ في تطوير الأداء.

خصائص نظم الإبلاغ التي تعزز التعلم:

تؤثر خصائص نظم الإبلاغ عن الأخطاء والحوادث على استخدامها وعلى فاعلية عملية التبليغ في المنظمات الصحية. وكما لمسنا من خلال نموذج التبليغ في صناعة الطيران تساعد أنظمة التبليغ عن الأخطاء في المجالات غير الطبية عالية المخاطر على توفير كميات كبيرة من المعلومات عن العمليات الأساسية والتي لا يمكن الحصول عليها بوسائل أخرى. وتتميز نظم الإبلاغ الفعالة بأن عملية الإبلاغ آمنة وغير عقابية، وتمثل جزءاً لا يتجزأ من منظومة كاملة لتعزيز السلامة والوقاية من الأخطاء. وقد تطورت نظم الإبلاغ عن الحوادث في المنظمات غير الطبية على مدى العقود الثلاثة الماضية لتؤكد أهمية التبليغ عن الأخطاء الوشيكة بالإضافة إلى الأحداث السلبية، ولتشجع السرية وعدم الكشف عن هوية مرتكبي الأخطاء، وإلى تجاوز التفكير الخطي التقليدي عن الخطأ البشري وتحليل الأسباب المتعددة على مستوى المنظومة (Flemons and McRae 2012). وهذا يستوجب أن تقدم المنظمات الصحية حوافز للتشجيع على الإبلاغ الطوعي السري. وأن تسعى لكي يكون الإبلاغ عملية تلقائية وسهلة وآمنة وأن يتم تبنيها كسياسة عامة وإجراء روتيني. ولتعظيم الاستفادة من نظم الإبلاغ عن الحوادث يجب أن تكون هناك موازنة بين المساءلة وشفافية النظام، والحماية للمبلغين. ويجب أن تكون الأولوية القصوى لتصميم نظام يهدف إلى منع الأخطاء وكشفها والتقليل من آثارها غير المرغوب فيها والناجمة عن مزيج من العوامل ذات العلاقة بتصميم النظام والأداء والظروف المحيطة.

ومن أهم خصائص النظم الفعالة للتبليغ عن الأخطاء لتسهم في تعزيز التعلم التنظيمي ما يلي:

- فصل عملية جمع وتحليل البيانات عن الجهات الرسمية المسؤولة عن الإجراءات التأديبية كالإدارات القانونية.
 - جمع معلومات عن «الحوادث الوشيكة» فضلاً عن الحوادث الفعلية.
 - تساعد على اكتشاف الأسباب التنظيمية للحوادث ولا تكتفي بالأسباب الفردية.
 - توفر التغذية المرتدة السريعة والمفيدة والواضحة للأطراف التي قامت بالتبليغ.
 - سهولة تقديم البلاغات.
 - توحيد نظم الإبلاغ داخل المنظمة.
 - تقديم الشكر للعاملين عند قيامهم بالتبليغ عن الحوادث، وعدم توجيه اللوم لهم تلقائياً حيال ما حدث من أخطاء.
 - اتباع طريقة موحدة لتقييم المخاطر، أي إيجاد فهم مشترك للعوامل المهمة المسببة للمخاطر.
 - إبقاء البلاغات سرية وعدم إمكانية تعقب وكشف هوية مقدميها.
 - استمرار دعم القيادة في جميع المراحل ورغم كل الظروف.
- وتركز الأساليب الحديثة على زيادة وتبسيط عملية الإبلاغ عن الأخطاء وأتمتة اكتشاف الأخطاء عن طريق نماذج الإنترنت والجداول الإلكترونية. وتعمل المستشفيات الرائدة في مجال سلامة المرضى على الاستثمار في تقنية المعلومات وفي الإمكانيات المعلوماتية لإدارات تحسين الجودة بما في ذلك العاملين المؤهلين في مجال تحليل بيانات السجلات الطبية وتلخيصها وترميزها.

معوقات التعلم التنظيمي:

لا يضمن وجود ثقافة التبليغ عن الأحداث الضائرة وتأسيس آليات فعالة للتبليغ عن الأخطاء الوشيكة والفعلية -بالضرورة- تحول المنظمة إلى منظمة متعلمة، وأنها تمكنت من تحقيق ارتباط واضح بين التبليغ والتعلم من هذه الأحداث. حيث يقتضي التعلم التنظيمي مراجعة وتحليل الأخطاء والحوادث لكي يتمكن مقدمو الرعاية

الصحية من تحديد الجوانب المرتبطة بتصميم النظام وبأخطاء التشغيل والتي تهيئ الظروف المناسبة لحدوثها (Flemons and McRae, 2012). وبناء على هذه المعرفة يمكن إعادة تصميم منظومة العمل ووضع الإجراءات الكفيلة بتحسين جودة الرعاية الصحية وتعزيز سلامة المرضى. وتؤثر العديد من العوامل على القدرة على التعلم التنظيمي من الأخطاء والأحداث السلبية، من أهمها:

١. المبالغة في التركيز على الحدث المباشر بدلاً من التركيز على الأسباب الجذرية للمشكلة.
٢. التمسك بالمعتقدات الأساسية والقيم والافتراضات التقليدية التي تكونت مع مرور الوقت ومقاومة تعلم أمور جديدة مخالفة لها.
٣. قصور الوعي بالمسؤولية الاجتماعية للمنظمات مما يحد من تكوين رؤية بعيدة وشمولية.
٤. عدم فاعلية الاتصالات ونقص المعلومات وعدم نشر المعلومات المتعلقة بالسلامة التي يفترض أن تكون متاحة للجميع.
٥. تطبيق منهج جزئي لمواجهة المخاطر وحل المشاكل من خلال «الترقيع» بدلاً من تطبيق معالجات جذرية وحاسمة.
٦. قد تؤدي الكبرياء على المستوى الفردي أو التنظيمي إلى الإنكار وإلى تجاهل التحذيرات والإنذارات، وخاصة إذا كان حامل الأنباء السيئة فاقداً للشرعية في نظر الأفراد أو الفرق التنظيمية المعنية (كأن يكون بمرتبة مهنية أقل).
٧. النزعة إلى البحث عن كبش فداء وإلقاء اللوم على الأفراد، بدلاً من الاعتراف بوجود المشاكل التنظيمية المتجذرة ومواجهتها.
٨. يمتنع البعض تلقائياً عن التعلم من الأحداث السلبية حتى عندما يكون ذلك لصالحهم كآلية دفاعية وتجنباً لتحمل المسؤولية.
٩. تعارض الأهداف والغايات لدى العاملين أو القيادات، ومن ذلك مثلاً وجود الرغبة في التواصل والانفتاح لدى البعض، في مقابل النزعة للسرية والتكتم لدى البعض الآخر.
١٠. ضغوط العمل وانخفاض الرضا الوظيفي والتي لا تؤثر على جودة الأداء فحسب بل يمكن أيضاً أن تولد مقاومة للتغيير.

١١. عدم القدرة على تحديد التكلفة المالية المترتبة على الخطأ أو الفشل، وبالتالي فقدان حافز قوي للتغيير.

مثال (عوائق التعلم)^(١)،

أدرك العاملون والمديرون لفترة طويلة في وحدة الاضطرابات النفسية الحادة في إحدى المقاطعات البريطانية أن الوحدة في وضع حرج على الرغم من أنها لم تشهد حدثاً سلبياً خطيراً، إلا أنهم كانوا مدركين لحجم المشاكل التي تعانيها الوحدة وأهمها عدم ملائمة بيئة العمل والتجهيزات المادية وضعف معايير الرعاية المقدمة. وكان الانطباع السائد لدى العاملين عن الوحدة بأنها بمثابة «كارثة تنتظر أن تحدث». وقد تم تصنيف الوحدة من قبل الجهات المختصة بأنها واحدة من الأسوأ في البلاد، إلا أن فريق الإدارة نجح في نهاية المطاف في إجراء تحول جذري في أداء الوحدة، وبعد ذلك بعامين حصلت على جائزة على مستوى الدولة في مجال إدارة المخاطر والجودة.

لم يحدث التحول في أداء وحدة الرعاية النفسية إلا بعد التدخل الخارجي الذي أوجد درجة من الضغط للتغيير وتحفيز المنظمة للعمل على القضاء على الخلل الواضح. وحتى بعد بدء عملية التغيير فإن مجموعة من العوامل الكامنة عملت على منع عملية التعلم والتغيير سواءً على الصعيد الفردي، أو الجماعي أو على المستوى التنظيمي؛ أهم معوقات التعلم التي حددها الفريق المكلف بإجراء التحول في الوحدة ما يلي (Department of Health Expert Group, 2000):

- الخطأ في تشخيص المشاكل الحقيقية داخل الوحدة فقد أصبح العنف والعدوان أمراً شائعاً في الوحدة لأن معايير الرعاية اختلت بالكامل. وبدلاً من رؤية هذه الأمور كعوامل تنظيمية كامنة وراء المشاكل التي تواجهها الوحدة كان رد فعل إدارة المنظمة بزيادة عدد الأقفال على الأبواب وتشديد الإجراءات الأمنية وتركيب غرفة عزل جديدة. كل هذه الحلول أدت إلى تفاقم المشكلة الحقيقية المتمثلة في قصور بيئة الرعاية وضاعفت فشل النظام القائم.
- كانت الوحدة تعمل كنظام مغلق، وبمعزل تام عن نظام الرعاية الأوسع، وبالتالي لم تكن منفتحة لتقبل ردود فعل المستخدمين، وخدمة أصحاب المصلحة

(1) Department of Health Expert Group, 2000.

الرئيسيين الآخرين. وقد بُذل جهد كبير لإزالة الحواجز أمام التغذية الراجعة من هذه الأطراف.

- عدم قدرة الإدارة على التعامل مع التفاعلات الإنسانية وردود الفعل العاطفية المرتبطة بالتغيير، مما أدى إلى تبني نهج «العضلات» كأسلوب للإدارة ورعاية المرضى، وهذا بدوره عزز الاحتراق النفسي للعاملين وساعد على تفشي التبلد الحسي وعدم الاكتراث بينهم. لذلك كان لابد من مواجهة المتطلبات النفسية للعاملين من خلال توفير الإشراف والدعم اللازمين لتمكينهم من فصل القضايا الخاصة بهم عن احتياجات مرضاهم.
- فشل كبار المديرين في الاعتراف والاهتمام بالقضايا التي أثرت مراراً وتكراراً من قبل العاملين. تحدث أحد كبار المديرين في وقت لاحق قائلاً: إن المنظمة كانت تعيش حالة أشبه ما تكون بـ «الإنكار التنظيمي Organizational Denial»، أبدى العاملون في الوحدة مشاعر الإحباط والغضب لأن المنظمة فشلت في الاعتراف، ناهيك عن العمل على القضاء على مخاوفهم التي أثاروها مراراً وتكراراً.
- نتيجة للتشتت الناتج عن التغيير التنظيمي المستمر خلال هذه الفترة في الوحدة تدهورت الأمور بشكل ملحوظ نظراً للتغييرات الكبيرة في الهياكل الإدارية العليا وفي الأفراد حتى إن المديرين فقدوا التركيز على القضايا المهمة لانشغالهم بإعادة الهيكلة التنظيمية.

مقومات التعلم التنظيمي من أجل السلامة:

لكي تتحول المنظمات الصحية إلى منظمات متعلمة لابد من تهيئة بيئة العمل فيها لكي تكون مجالاً ثرياً للتعلم، حيث تتاح الفرص للعاملين للتفاعل وتبادل الخبرات والتواصل مع الرؤساء والزملاء من مختلف الفئات والمستويات الوظيفية. وقد يتعذر ذلك في المنظمات الصحية التي لاتزال تسودها الممارسات البيروقراطية التقليدية، والتي توجد حواجز منيعة بين مختلف فئات العاملين فيها، وتعجز عن تحقيق التوافق بين الإدارة والأطباء والمرضى وغيرهم من العاملين في الصفوف الأولى، ولاتتمكن من تطبيق الأساليب التشاركية لصنع القرار (IOM, 2001). لذلك تسعى المنظمات المتعلمة إلى إيجاد مناخ اجتماعي في مواقع العمل ييسر التفاعل بين الأفراد والجماعات، ويساعد على تبادل الخبرات ومناقشتها وتنمية الرؤى المشتركة

والنماذج الفكرية المتناسقة، وتبادلها بين الأفراد. كما تسعى لإيجاد آليات دقيقة لتخطيط وتيسير تدفق المعلومات بحيث تصل إلى جميع العاملين حسب متطلبات العمل لإتاحة الفرص لهم للتعليم واكتساب الجديد من المعرفة والمهارات (Flemons and McRae, 2012). ولتفعيل عملية التعلم لابد من إزالة موانع التعلم ومعوقات اكتساب المعرفة وتنمية المهارات، وأهمها الحواجز التنظيمية التقليدية التي تفصل المنظمة إلى قطاعات منعزلة، والقيادات الإدارية التي تحصر السلطة والصلاحيات فيها وتمارس المركزية بأعلى درجاتها، والتي تتعامل مع الموارد البشرية كأفراد منعزلين وليس باعتبارهم أعضاء في فرق عمل متكاملة ومترابطة ومتفاعلة يتشاركون في عمل متكامل لإنجاز نتائج وأهداف مشتركة. وتوجد علاقة متينة بين التعلم التنظيمي وتمكين العاملين. نظرياً تمكين العاملين يدعم الفاعلية الذاتية والمشاركة في السلطة وفي عملية صنع القرار من خلال التواصل المفتوح (Flemons and McRae, 2012). وينبغي على المنظمات الصحية أن تسعى لتمكين العاملين من خلال توفير المزيد من المعلومات للمزيد من الأفراد في المزيد من المستويات والمواقع التنظيمية، ومن خلال آليات متعددة. وبدون توفير المعلومات لن يسعى العاملون للإبداع ولن يتمكنوا من توظيف أقصى طاقاتهم لتحمل المسؤولية وتحقيق الأهداف. وتحديدًا لابد من توافر معلومات عن غرض المنظمة وأهدافها وعن مستوى الأداء لكي يتمكن العاملون من المساهمة في جهود التطوير وتعزيز السلامة.

ولتأسيس منظمة متعلمة بهدف تقديم رعاية آمنة، لابد من تعزيز العوامل التالية والتي تعد من أهم مقومات التعلم التنظيمي من أجل السلامة:

- التخلص من ثقافة اللوم والعقاب ونشر ثقافة السلامة على مستوى المنظمة.
- دعم القيادات لعملية التعلم التنظيمي والاستفادة من الأخطاء الفعلية أو الوشيكة في تطوير الأداء واقتناص فرص التحسين.
- أن تسعى القيادات في المستويات الإشرافية على وجه الخصوص لتأسيس قنوات للتواصل المفتوح، والاستجابة الإيجابية للأخطاء، وتعزيز الانفتاح وقبول وجهات النظر المختلفة.
- التدوير المستمر للمديرين في مواقع مختلفة والتشجيع على تمازج الخبرات.
- توفير نظم التبليغ الإلكتروني الذاتي عن الأخطاء، لتيسير رصد الأخطاء في ظل مناخ من الثقة اللازمة لدعم برامج الجودة والسلامة بالمستشفيات.

- إيجاد آليات لوضع ومتابعة مؤشرات الجودة والسلامة وتوفير التغذية المرتدة للوحدات التنظيمية المختلفة والعاملين حيال هذه المؤشرات.
- التدريب المستمر للعاملين لاكتساب أفكار ومعارف جديدة وتغيير السلوك التنظيمي نتيجة هذه المعارف الجديدة.
- إيجاد آليات لتبادل ونشر المعرفة المكتسبة إلى كافة أنحاء وأقسام المنظمة وأفرادها وتشجيع التبادل الحر والمستمر للأفكار والمعلومات والمعارف بين أعضاء المنظمة.
- معالجة المشاكل بطريقة جماعية مما ينعكس إيجاباً على الأفراد ويساعد على عملية التعلم الجماعي الذي يشمل جميع فئات العاملين بمستوياتهم والموردين ومتلقي الرعاية.
- تشجيع الافراد على اقتراح الآراء والأفكار الجديدة وتجريب معالجات جديدة.
- استخلاص الدروس من التجارب السابقة (الصواب والخطأ) ثم تعزيز العوامل الإيجابية والقضاء على الأسباب السلبية أو تقليصها.
- التعلم من تجارب الآخرين وبخاصة مراكز الأداء المتميز وإجراء المقارنات المرجعية.
- قياس ردود أفعال متلقي الرعاية ومعرفة قصصهم الخاصة ووضعها في متناول مقدم الرعاية.

خاتمة:

سعى هذا الفصل إلى تسليط الضوء على مفهوم التعلم التنظيمي وتوظيفه لأغراض السلامة في المنظمات الصحية من خلال النظر إلى الأخطاء كفرص للتحسين. وتدرك المنظمات الناجحة أنها لا تملك المعرفة التي يملكها أعضاؤها، وأنها ستخسر هذه المعرفة بمجرد مغادرتهم لها. لذلك تسعى هذه المنظمات إلى تحويل المعرفة والتعلم الذي يكتسبه أعضاؤها من خلال تجاربهم المختلفة إلى «ذاكرة تنظيمية» من خلال توظيف هذه الدروس في جهد مؤسسي يرتقي بأداء المنظمة ومعدلات السلامة فيها بغض النظر عن الأفراد. ويعد التعلم التنظيمي وفق هذا التصور عملية يتم من

خلالها تحويل الدروس التي يتعلمها الأفراد إلى تغيير هيكلي على شكل سياسات وإجراءات وعمليات تخلق فرصاً جديدة للتعليم الفردي والجماعي الذي ينعكس على أداء المنظمة. ويسعى التعلم التنظيمي إلى تعزيز قدرة أعضاء المنظمة على تحليل المشكلات والإخفاقات والأحداث الضائرة، والاستفادة منها لإحداث تغييرات مؤسسية تمنع تكرارها. ويجد التعلم التنظيمي طريقه للتأثير في ثقافة المنظمة من خلال القصص والنوادر والقيم والافتراضات المتداولة بين أفرادها. وبذلك يمكن اعتبار التعلم التنظيمي جهداً جماعياً يهدف إلى تحسين قدرة المنظمة على تحقيق أهدافها من خلال تحليل جهودها السابقة وتجاربها، ويشمل ذلك أخطاءها.

ويعد التبليغ عن الأخطاء أحد أبرز أدوات التعلم التنظيمي لأغراض السلامة، إذ يساعد على استخلاص الدروس الهادفة لتحسين الأداء من خلال تحليل الأخطاء الفعلية والوشيكية بمشاركة أعضاء الفريق. إن إدراك طبيعة وأسباب وقوع الأحداث الضائرة هو أمر حيوي وعنصر أساسي للوقاية، لذلك يحتاج تحليل أسباب الفشل إلى النظر في الأسباب الجذرية وعدم الاكتفاء بالأسباب المباشرة أو الواضحة للعيان. كما لا ينبغي النظر للأخطاء البشرية بمعزل عن المنظور الأوسع للعمليات والنظم وسياق تقديم الرعاية الذي قد يحتوي على أسباب كامنة للأخطاء والأحداث الضائرة.

يشجع خبراء السلامة استخدام أنظمة الإبلاغ عن الأخطاء وتبني الإبلاغ الإلزامي ويطالبون بأن يعترف مقدمو الرعاية والمنظمات الصحية بالأخطاء وأن يتم الإبلاغ عن هذه الأخطاء فور اكتشافها. وتمثل نظم معلومات السلامة أحد أركان عملية التعلم من الفشل، ولكي تحقق أهدافها لا بد أن تأخذ في الاعتبار أن الحوادث ذات المستويات الدنيا أو الأحداث الوشيكية تعد مؤشراً مهماً للمخاطر الأكثر جدية، ويمكن استخلاص الدروس المستفادة منها قبل أن يقع حادث جسيم. ومن جانب آخر لا يمكن إغفال الجوانب الأخلاقية لعملية الإبلاغ عن الأخطاء ومخاوف العاملين في المهن الصحية من الدعاوى القضائية وإحساسهم أن الخطأ قد يؤدي إلى الحكم عليهم بأنهم غير أكفاء، علماً بأن كل تلك المخاوف يمكن أن تتبدد إذا توافرت الثقافة التنظيمية التي توجد الشعور بالأمان بدلاً من الخوف من اللوم والعقوبة.

وختاماً فإن استتباط الدروس والتعلم من حالات الفشل وحدها لا يكفي؛ فهناك حاجة إلى ترسيخ ممارسة التعلم على مختلف المستويات الفردية والجماعية والتنظيمية، وهذا هو التحدي الأكبر. كما ينبغي تحديد عوائق التعلم التي يمكن التغلب عليها، إذا ما كانت هناك إرادة صادقة لترجمة الدروس المستفادة من الحوادث

السلبية إلى تغييرات جوهرية في الممارسة العملية لتحقيق السلامة. وينبغي إدراك أن التعلم التنظيمي يساعد على كسب ثقة المرضى الذين أصبحوا أكثر وعياً، ولا يريدون أن يكونوا على علم بالأخطاء التي تُرتكب في سياق الرعاية الصحية فحسب، وإنما يسمعون إلى التأكد من أن هناك جهوداً حثيثة وفاعلة لتحسين الأداء ومنع تكرار الأخطاء في المستقبل.

الفصل العاشر

الأدوات التحليلية المستخدمة في برامج سلامة المرضى

يعتمد تطبيق أنظمة الجودة والسلامة على استخدام أدوات تحليلية مختلفة بهدف تشخيص أسباب المشكلات واستباق حدوثها. وتقتضي الجهات المعنية بالجودة وسلامة المرضى وفي مقدمتها الهيئة الأمريكية لاعتماد المنظمات الصحية أن يتم استخدام هذه الأدوات التحليلية بشكل روتيني ضمن جهود التحسين في المنظمات الصحية، لتصبح الوسيلة العملية المعتمدة لتحليل المشكلات والبحث عن الحلول. وفي هذا الفصل سيتم التطرق لأهم الأدوات التحليلية في هذا المجال وهي تحليل الأسباب الجذرية الذي يستخدم في التوصل إلى أسباب المشكلات بعد وقوعها، وتحليل أوضاع وآثار الفشل والمستخدم باعتباره أداة استباقية لإدارة المخاطر والتحسب لها قبل وقوعها. كلتا الأداتين يتم استخدامهما بشكل واسع في المجالات الصناعية والهندسية قبل أن يمتد إليهما اهتمام المتخصصين في سلامة المرضى ويتوسع استخدامهما في هذا المجال.

تحليل السبب الجذري؛

تحليل السبب الجذري (Root Cause Analysis) هو أسلوب يستخدم بعد وقوع مشكلة ما من أجل التوصل إلى «السبب الجذري» للمشكلة بهدف تصحيحها أو القضاء عليها ومنع تكرارها. ويُعد تحليل السبب الجذري أحد الأساليب المنظمة لحل المشكلات وتحليل الأحداث السلبية الخطيرة. تم تطوير هذا الأسلوب في الأساس لتحليل الحوادث في المجالات الصناعية والهندسية، إلا أن استخدامه انتشر على نطاق واسع كأداة لتحليل المشكلات والأحداث السلبية في مجال الرعاية الصحية. ويعد هذا الأسلوب بمثابة تحقيق رسمي ومنهجي لحل المشكلات، يركز على تحديد وفهم الأسباب الكامنة وراء الأحداث الفعلية أو الأحداث الوشيكة التي تم اعتراضها قبل وقوع ضرر.

يرتكز تحليل السبب الجذري في جوهره على تحديد العوامل الأساسية التي تزيد من احتمال حدوث الأخطاء وتجنب الوقوع في فخ التركيز على الأفراد كسبب رئيسي للأخطاء. ويتمثل الهدف من تحليل الأسباب الجذرية في تحديد الأخطاء

النشطة (الأخطاء التي تحدث عند نقطة التفاعل بين البشر والنظام) والأخطاء الكامنة (العوامل المخبأة داخل نظم الرعاية الصحية والتي تساهم في وقوع الأحداث السلبية). وعلى سبيل المثال: في حال إعطاء المريض دواء يخص مريضاً آخر عن طريق الخطأ، لا ينبغي أن نتوقف عند معرفة أن هناك تشابه أسماء بين المريضين وأنه السبب المباشر للخطأ، وإنما ينبغي البحث عن الأسباب الجذرية والتي قد تكشف عن عدم وجود بروتوكول أو إجراء للتحقق من هوية المريض، أو عن طول ساعات عمل الممرضة مما عرضها للإرهاق، أو غيرها من الأسباب التي يساعد التعرف عليها على وضع إجراءات جديدة أو إعادة تصميم منظومة العمل بحيث يتم القضاء على هذه الأسباب، ومن ثم منع تكرار المشكلة في المستقبل.

ويعد استخدام تحليل الأسباب الجذرية من الاشتراطات التي تفرضها الهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات بعد وقوع كل حادث خطير، ولكن هذا لا يمنع أن يتم استخدامه في تحليل الأخطاء والحوادث الأقل حدة أو ضرراً، وحتى الأحداث الوشيكة (Cerniglia-Lowensen 2015). ولا يعد تحليل السبب الجذري في الواقع أسلوباً واحداً بل يجمع مجموعة متنوعة من أساليب حل المشكلات التي تحاول تحديد وتصحيح الأسباب الجذرية للمشكلة والتي قد تتضمن استخدام أدوات تحليلية وإحصائية مختلفة كتحليل باريتو أو إيشيكاوا. ويفترض هذا الأسلوب أن أفضل وسيلة لحل المشاكل تتم من خلال القضاء على أسبابها الجذرية. ويقوم على الاعتقاد بأن معالجة الأعراض الواضحة تمثل حلاً سطحيًا على المدى القصير ولكنها لا تساعد على منع المشكلة من الحدوث مرة أخرى في المدى الطويل. وبناءً على ذلك، فإن أفضل الحلول يأتي من خلال محاولة تصحيح أو القضاء على الأسباب الجذرية للمشكلات بدلاً من مجرد معالجة أعراضها الواضحة للعيان. ومع ذلك لا بد من إدراك أن من غير الممكن منع تكرار المشكلة تماماً من خلال تطبيق إجراء تصحيحي وحيد، وإنما يتطلب القضاء على الأسباب الجذرية -غالباً- إعادة تصميم منظومة العمل بهدف وضع الدفاعات والحواجز التي تمنع تكرار المشكلة. لذا يعد تحليل الأسباب الجذرية عملية مستمرة، وينظر إليه باعتباره أداة للتحسين المستمر ووسيلة لتركيز الجهود على «الأسباب الجذرية» للفشل. ولا يساعد هذا التحليل على تشخيص أسباب المشكلة فحسب، وإنما على الحفاظ على رضا العملاء، وخفض التكاليف نتيجة لمعالجة هذه الأسباب. وبالرغم من أن تحليل السبب الجذري استخدم في البداية كأسلوب رد فعل يهدف إلى الكشف عن المشكلة وحلها نظراً لأن التحليل يتم بعد وقوع حادث ما، إلا أن اكتساب الخبرة في تطبيق هذه المنهجية يساعد على استخدامها كأسلوب استباقي،

أي توقع احتمالات وقوع الحوادث قبل أن تحدث فعلاً. ويتبع تحليل السبب الجذري عموماً بروتوكولاً محدداً مسبقاً، يبدأ بجمع البيانات وإعادة بناء تسلسل الحدث محل التساؤل من خلال مراجعة السجلات وإجراء المقابلات الشخصية. ووفقاً لهذا المنهج فإن كل مشكلة تعد بمثابة فرصة تحمل في طياتها المعلومات اللازمة للقضاء على المشكلة ذاتها. ولكن لكي يتم تحديد السبب الجذري، لابد من طرح التساؤل: «لماذا؟» مراراً وتكراراً حتى يتم التوصل إلى الإجابة المقنعة. ويتم تطبيق هذا الأسلوب من قبل فريق متعدد التخصصات مهمته تحليل تسلسل الأحداث التي أدت إلى الخطأ، بهدف تحديد كيفية وقوع الحدث (من خلال التعرف على العوامل النشطة) ولماذا وقع الحدث (من خلال التحديد المنهجي وتحليل الأخطاء الكامنة). الهدف النهائي لتحليل الأسباب الجذرية هو منع وقوع الضرر مستقبلاً من خلال القضاء على العوامل الكامنة التي غالباً ما تكون وراء الأحداث الضائرة. وفي الأجزاء التالية نسلط الضوء على المفاهيم الأساسية لتحليل السبب الجذري وخطوات تطبيقه.

السبب الجذري:

يعرف السبب الجذري بأنه خلل أساسي أو فشل في العملية يمكن في حال تصحيحه منع تكرار وقوع المشكلة. ولكي يتم تمييز الأسباب الجذرية عن غيرها يشترط أن تتوفر فيها الخصائص التالية:

١. أن تكون مرتبطة بشكل واضح مع المشكلة.
٢. أن يكون بالإمكان تحديدها بدقة.
٣. أن تمتلك الإدارة القدرة على التحكم فيها وإصلاحها.
٤. أن يكون في القضاء عليها إنهاء للمشكلة بشكل فعال ومنع لتكرارها.

وعليه فإن الأسباب الجذرية هي أسباب كامنة ينبغي أن يسعى المحقق إلى تحديدها. وكلما كان المحقق أكثر تحديداً في البحث عن إجابة للتساؤل «لماذا حدث ما حدث»، كان من السهل عليه التوصل إلى التوصيات التي من شأنها منع تكرار ذلك الحدث. ولا بد أن تكون التحقيقات في الأحداث السلبية مجدية اقتصادياً، وأن يتم تحديد أسبابها الجذرية بوسائل عملية ويتكلفه معقولة، ولا يشغل العاملون في البحث عنها وقتاً طويلاً. لذلك يساعد تحليل السبب الجذري (Root Cause Analysis) المنظم المحللين على تحقيق أقصى استفادة ممكنة من الوقت المستثمر في التحقيقات وتحديد الأسباب الجذرية التي يمكن للإدارة السيطرة عليها والتحكم فيها من خلال

القرارات الإدارية والفنية المناسبة. ولتسهيل الأمر على الإدارة، ينبغي على المحللين تجنب استخدام التصنيفات العامة للأسباب مثل «خطأ في التشغيل» أو «خلل في المعدات» أو «عوامل خارجية»، فهذه التصنيفات ليست محددة بما فيه الكفاية، ولا ترشد الإدارة بشكل واضح للتغييرات الفعالة التي ينبغي إحداثها لمنع تكرار الخطأ، ولا تساعد على معرفة لماذا حدث الفشل. وعلى سبيل المثال فإن تحديد «الظروف المناخية القاسية» كسبب جذري لعدم تسليم الأجهزة المطلوبة في الوقت المناسب لا يفيد في حل المشكلة، إذ لا تستطيع الإدارة السيطرة على العوامل المناخية. وبالتالي فإن الأسباب الجذرية هي تلك التي يمكن وضع توصيات فعالة لعلاجها. وينبغي أن توجه التوصيات مباشرة لمعالجة الأسباب الجذرية التي تم تحديدها أثناء التحقيق وألا يتم الخروج عنها. وإذا توصل التحليل إلى توصيات غامضة وعمومية على غرار «تحسين الالتزام بالسياسات والإجراءات المكتوبة»، فإن ذلك يعني أن المحللين ربما لم يتمكنوا من العثور على السبب الأساسي بشكل محدد بما فيه الكفاية، وأن هناك حاجة إلى بذل المزيد من الجهد في عملية التحليل. ولذلك يميز البعض بين منهج تحليل أعراض المشكلة (Symptoms' Approach) مقابل منهج تحليل السبب الجذري (Root Cause Analysis) كما هو موضح في الشكل رقم (٨-١)

الشكل رقم (١٠-١) مقارنة بين منهج تحليل أعراض المشكلة (Symptoms' Approach) ومنهج تحليل السبب الجذري (Root Cause Analysis)

منهج تحليل أعراض المشكلة (Symptoms' Approach)	منهج تحليل السبب الجذري (Root Cause Analysis)
<ul style="list-style-type: none"> • «غالباً ما تحدث الأخطاء نتيجة لإهمال العاملين». • «نحن بحاجة إلى تدريب وتحفيز العاملين على أن يكونوا أكثر حذراً». • «ليس لدينا الوقت أو الموارد للوصول فعلاً إلى أسباب هذه المشكلة». 	<ul style="list-style-type: none"> • «تنتج الأخطاء لعيوب في النظام، البشر ليسوا سوى جزء من العملية». • «نحن بحاجة لمعرفة لماذا يحدث هذا، ووضع حواجز وقائية لمنع وقوع الخطأ حتى لا يحدث مرة أخرى». • «هذا أمر بالغ الأهمية. نحن بحاجة إلى إصلاح الخلل بشكل جذري وإلا سيكرر مرة أخرى». • «إذا تم تحدد الأسباب الجذرية للمشاكل بشكل غير دقيق فإننا سنضيع الوقت والموارد ونضع ضمادات على أعراض المشكلة ولن نحلها جذرياً».

المبادئ العامة لتحليل السبب الجذري:

١. يهدف تحليل السبب الجذري من خلال تحديد السبب الأساسي للمشكلة إلى تحديد إجراءات تصحيحية فعالة من شأنها منع هذه المشكلة من الوقوع مرة أخرى.
٢. كي يكون فعالاً يجب إجراء تحليل أسباب المشكلة بشكل منهجي وتحقيق متكامل يتضمن الاستنتاجات والأدلة الموثقة.
٣. هناك دائماً سبب جذري حقيقي لأي مشكلة، ولكن التحدي يكمن في القدرة على الاستمرار في التحليل حتى يتم التوصل إليه.
٤. كي يكون فعالاً يجب أن يتوصل التحليل إلى تحديد التسلسل الزمني للأحداث لفهم العلاقات بين العوامل المساهمة والسبب الجذري لمشكلة محددة.
٥. يمكن أن يساعد تحليل السبب الجذري على تحويل الثقافة التنظيمية القديمة التي تتفاعل مع المشاكل بأسلوب رد الفعل إلى ثقافة جديدة تسعى لحل المشاكل قبل استفحالها، ولكن الأهم من ذلك أنها تقلل من المشاكل التي كانت تحدث بشكل متكرر في السابق في بيئة لم تُفعل منهجية تحليل السبب الجذري.

تؤكد الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية ضرورة استخدام تحليل السبب الجذري إثر وقوع الأحداث السلبية الجسيمة، وضرورة أن تقوم المنظمة بناءً على نتائج هذا التحليل بتطوير وتنفيذ خطة عمل لإجراء التحسينات الرامية إلى الحد من المخاطر المستقبلية للأحداث السلبية ورصد فاعلية تلك التحسينات. لذلك يعد تحليل السبب الجذري إجراءً تقييمياً يتم كرد فعل ضروري بعد وقوع الحدث يبين بأثر رجعي تسلسل الأحداث التي أدت إلى هذا الحدث، ويوضح العوامل المسببة، والأسباب الجذرية لتتم دراسة الحدث بشكل متكامل. من جانب آخر، يستخدم تحليل السبب الجذري لتحديد الاتجاهات وتقييم المخاطر كلما كان هناك اشتباه في وقوع حادث أو خطأ، أخذاً في الاعتبار أن العوامل المرتبطة بالنظام - وليس بالفرد - هي السبب الرئيسي لمعظم المشكلات. وتؤكد الدراسات أن استخدام تحليل الأسباب الجذرية باستمرار يرتبط بانخفاض معدلات وقوع الحوادث والأخطاء في المنظمات الصحية (Percarpio & Watts 2013).

ويتطلب تحليل السبب الجذري (Root Cause Analysis) جهداً كبيراً، لذلك فإن من المفترض أن يتم تدريب فريق متعدد التخصصات لإجراء هذا التحليل، وأن

يعمل بدقة على مقارنة وتعزيز النتائج والتحقق من مصداقيتها. كما ينبغي إشراك الأشخاص ذوي العلاقة بالحادث لمعرفة وجهة نظرهم والانتباه إلى أن هذا النقاش قد يتخذ منحى عاطفياً ومتحيزاً، لذا فإن على قائد الفريق التحلي بالحساسية اللازمة لتجنب توجيه اللوم وتجاوز المواقف الانفعالية للحصول على معلومات دقيقة (Cerniglia-Lowensen 2015). ويمكن الاستعانة بمتخصصين آخرين ليسوا على علاقة بالحادثة محل الدراسة للاستفادة من وجهات نظرهم من ناحية، وليتعلموا من خلال المشاركة في الفريق شيئاً عن أسباب وقوع الأخطاء وكيفية تجنبها، وتثقيف الآخرين حيالها. وينبغي توافر قيادة قوية للفريق المكلف بإجراء التحليل، إذ إن من السهولة بمكان أن يخرج الفريق عن مساره المحدد وأن يقع في مصيدة توجيه أصابع الاتهام. لذلك فإن من الضرورة بمكان أن يقود التحليل قائد قوي وماهر يقوم بإعادة تركيز النقاش على الأسباب الجذرية في منظومة العمل وليس على الأشخاص، وأن يغطي الجوانب غير الملموسة كثافة المنظمة وأساليب التواصل. وعلى الفريق التركيز على الإجراء ذاته والالتزام بقواعده وليس على كتابة التقرير النهائي. فالهدف من التحليل هو التوصل إلى نتائج مفيدة حول الأسباب الجذرية للأحداث الضائرة، وليس بالضرورة على التقارير التي تطلبها الجهات المختصة أو الإدارة العليا، فهذا يخرج بالتحليل عن مساره وتركيزه.

تساعد الأساليب النوعية لجمع المعلومات -عند استخدامها في تحليل السبب الجذري- على الكشف عن الأسباب الأساسية وراء الخطأ، من خلال النظر في عوامل التمكين (على سبيل المثال تدني المستوى التعليمي)، بما في ذلك الظروف الكامنة (على سبيل المثال عدم فحص سوار المريض للتحقق من هويته) والعوامل النشطة (على سبيل المثال وجود اثنين من المرضى في المستشفى بنفس الاسم) مما يسهم في وقوع الأحداث السلبية. ويقوم المشاركون في التحقيق بطرح سلسلة من الأسئلة الأساسية: ما الذي حدث؟ لماذا حدث ما حدث؟ ما أهم العوامل المسببة؟ كيف برزت تلك العوامل؟ ما النظم والعمليات التي تكمن وراء تلك العوامل؟ ولابد أن تتطرق الأسئلة إلى الأحداث المحيطة بالواقعة محل التحقيق بهدف اكتشاف العوامل المؤثرة حتى ولو كانت بعيدة نسبياً. تساعد الإجابات عن هذه الأسئلة في تحديد معوقات السلامة وأسباب حدوث المشكلات، حتى يمكن تجنب وقوع مشكلات مماثلة في المستقبل. ويبين الشكل رقم (١٠-٢) بعض الأمثلة التوضيحية للأسباب الجذرية الكامنة وراء بعض الأخطاء والحوادث التي تقع في مجال الرعاية الصحية.

الشكل رقم (١٠-٢): أمثلة للأسباب الجذرية للأخطاء والحوادث في مجال الرعاية الصحية

العوامل المسببة لظهور الأخطاء الكامنة	
تصنيف العوامل	مثال
المؤسسية والنظامية	نظراً لتعرض المستشفى لضغوط نظامية لتحسين معدلات التطعيم ضد الالتهاب الرئوي تم بالخطأ تطعيم مريض يتعاطى مضادات التخثر بتطعيم عضلي ضد الالتهاب الرئوي (intramuscular pneumococcal vaccination)، مما أدى إلى تكوين ورم دموي وبقائه في المستشفى لفترة طويلة.
الإشراف	اكتشفت ممرضة وجود خطأ دوائي، ولكن الطبيب منعها من الإبلاغ عن ذلك.
الإمكانات المادية	نظراً لعدم توافر المعدات المناسبة لاستئصال الرحم، قام موظفو غرفة العمليات بالتصرف باستخدام معدات بدائية من أقسام أخرى، ولكن أثناء الإجراء تعرضت المريضة لانسداد الأوعية الدموية.
التواصل داخل الفريق	قيام الجراح باستكمال وإنهاء العملية الجراحية على الرغم من إبلاغه من قبل الممرضة وطبيب التخدير أن رأس أنبوب القسطرة المستخدم في الشفط كان مفقوداً، وعثر في وقت لاحق على القطعة داخل المريض، مما تطلب إعادة العملية.
سياسات الموارد البشرية	قيام ممرضة تعمل فوق طاقتها بحقن المريض بالأنسولين عن طريق الخطأ بدلاً من دواء مضاد للفتيان، مما أدى إلى تعرض المريض لغيبوبة سكر الدم.
الصلاحيات والمهام	طبيبة تحت التدريب ولم تتلق التدريب الصحيح قامت بحساب جرعة من عقار Contin طويل المفعول بشكل خاطئ لمريض مصاب بمرض تصلب العصب المتعدد. كان المريض يتلقى عقار فيكودين مما أدى لإعطائه جرعة زائدة وتعرض للالتهاب الرئوي التنفسي مما أدخله إلى وحدة العناية المركزة لفترة طويلة.
خصائص المرضى	نظراً لعائق اللغة أخطأ والدًا صبي صغير في قراءة التعليمات على زجاجة من الأسيتامينوفين، مما تسبب في تعرض طفلهما لتليف الكبد.

خطوات إجراء تحليل السبب الجذري:

يتبع تحليل السبب الجذري عملية من أربع خطوات تشمل ما يلي: جمع البيانات، التمثيل البياني للعوامل المسببة، تحديد السبب الجذري (الشكل رقم ٨-٣) ويتم بعد ذلك بناء التوصيات وتنفيذها كما يوضح الشكل (رقم ٨-٤).

الخطوة الأولى: جمع البيانات:

تتمثل الخطوة الأولى في هذا التحليل في جمع البيانات إذ لا يمكن بدون معلومات كاملة وفهم عميق للحدث الكشف عن العوامل المساعدة والأسباب الجذرية المرتبطة بالحدث. وتستغرق عملية جمع البيانات معظم الوقت عند البحث عن السبب الجذري.

الخطوة الثانية: التمثيل البياني للعوامل المسببة:

الرسم البياني للعوامل المسببة هو رسم تخطيطي يوضح تسلسل الأحداث ويصف الأحداث السلبية والظروف المحيطة بها. ويوفر التمثيل البياني للعوامل المسببة هيكلية مناسبة للمحققين لتنظيم وتحليل المعلومات التي تم جمعها خلال التحقيق وتحديد الثغرات في المعلومات مع تقدم التحقيق. وينبغي البدء في إعداد مخطط العوامل المسببة مباشرة بعد بدء المحققين في عملية جمع المعلومات حول الحدث. ويبدأ رسم المخطط عادةً بوضع الخطوط الأساسية لمخطط هيكلية يتم تعديله كلما كشفت حقائق أكثر أهمية. ويفترض لمخطط العوامل المسببة أن يوجه عملية جمع البيانات بتحديد الاحتياجات من البيانات. وتستمر عملية جمع البيانات إلى أن يشعر المحققون بأن المخطط دقيق (وبالتالي يشعرون بالرضا عن شمولية التحقيق). وعندما يتم تمثيل الحدث بأكمله على المخطط يصبح المحققون متأهبين لتحديد العوامل الرئيسية المساهمة في الحادث والتي تُعرف بالعوامل المسببة. وهي العوامل المساهمة (الأخطاء البشرية والعناصر الأخرى) والتي فيما لو تم القضاء عليها سيتم منع حدوث الخلل أو تخفيف حدته. في التحليلات التقليدية تُعطى العوامل الأكثر وضوحاً جل الاهتمام. ومع ذلك فإن من النادر جداً أن يكون هناك عامل مسبب واحد فقط؛ فالأحداث السلبية عادةً ما تحدث نتيجة لمجموعة من العوامل، وعندما يتم التركيز على عامل واحد فقط منها، فإن من المحتمل ألا يتم التوصل إلى التوصيات المناسبة، وبالتالي فقد يعيد الحدث نفسه مستقبلاً لأن المنظمة لم تتعلم كل ما يمكن من هذا الحدث.

الخطوة الثالثة: تحديد السبب الجذري؛

بعد أن تم تحديد جميع العوامل المسببة، يبدأ المحققون عملية تحديد السبب الجذري. وتتطوي هذه الخطوة على استخدام مخطط القرار والذي يُعرف بخريطة السبب الجذري لتحديد السبب أو الأسباب الكامنة لكل عامل مسبب للفشل أو الخطأ. وتساعد الخريطة على تنظيم عملية التفكير من خلال مساعدة المحققين على الإجابة عن الأسئلة حول ماهية العوامل المسببة وإذا ما كانت موجودة فعلاً. كما يساعد تحديد الأسباب الجذرية المحقق على معرفة أسباب وقوع الحدث حتى يمكن معالجة المشاكل المحيطة بها.

الخطوة الرابعة: بناء التوصيات وتنفيذها؛

بعد أن تم تحديد الأسباب الجذرية لعامل سببي محدد، يقوم المسؤولون عن عملية التحليل بصياغة قائمة من التوصيات الهادفة لمنع تكرار الحدث السلبي محل التحقيق. وفي كثير من الأحيان فإن محلي السبب الجذري لا يكونون مسؤولين عن تنفيذ التوصيات الناتجة عن التحليل. ومع ذلك فإذا لم يتم تنفيذ التوصيات يضيع الجهد المبذول في إجراء التحليل، وقد تتكرر الأحداث التي أدت إلى إجراء التحليل نتيجة لعدم التدخل لمعالجتها جذرياً. لذلك لابد أن تسعى المنظمات إلى ضمان متابعة تنفيذ التوصيات إلى أن ترى النور.

وختاماً تجدر الإشارة إلى تنوع وتعدد أنماط الأحداث السلبية، وبالتالي تتعدد أسبابها الجذرية، لذا ينبغي التركيز على الأسباب المرتبطة بالنظام والعمليات، وتجنب توجيه اللوم للأفراد. إذ إن من النادر فعلاً أن تنتج الأحداث السلبية عن أسباب مرتبطة بالأفراد (مثل: ضعف حس المسؤولية أو الإهمال أو سوء النية، أو عدم الانتباه، واللامبالاة، أو سوء التقدير، أو عدم الاهتمام بمصلحة المريض، أو عدم الاهتمام بالوقاية، أو الأخطاء في تنفيذ أوامر الطبيب، أو أخطاء التوثيق). وقد يؤدي التركيز على المسببات الفردية للخطأ إلى صرف اهتمام الفريق عن العوامل المرتبطة بالنظام والعملية، مما يؤثر على فاعلية جهود التحسين المستمر. هذا علماً بأنه يمكن التصدي لمعظم العوامل الفردية من خلال التدريب والتعليم ووضع الإجراءات التي تجعل من الصعب ارتكاب الأخطاء من الأساس.

الشكل رقم (١٠-٣): تحليل السبب الجذري

الإجراء	أسأل «لماذا»	سبب جذري	النتائج	السؤال	مستوى التحليل
				ما تفاصيل الحدث؟ (وصف مختصر).	ماذا حدث؟ حدث جسيم
				متى حدثت الواقعة؟ (التاريخ، اليوم، الوقت).	
				أي الأقسام أو الخدمات تأثر بالحدث؟	
				ما الخطوات التي تضمنها التصميم الأساسي لل عملية؟ (يمكن استخدام خرائط التدفق).	لماذا حدث؟ العملية التي وقع خلالها الحدث.
				ما الخطوات المرتبطة بالحدث؟ (ساهمت في وقوعه)	ما العوامل السببية المحتملة للحدث؟
				ما العوامل البشرية ذات العلاقة بالنتائج؟	«الأسباب المحددة» المؤدية للانحراف.
				كيف أثر الأداء التقني على النتائج؟	العوامل التقنية.
				ما العوامل التي أثرت في المخرجات مباشرة؟	العوامل التي يمكن التحكم فيها في البيئة المحيطة.
				هل هي فعلاً خارج نطاق سيطرة المنظمة؟	العوامل الخارجية التي لا يمكن التحكم فيها.

الأدوات التحليلية المستخدمة في برامج سلامة المرضى

الإجراء	أسأل «لماذا»	سبب جذري	النتائج	السؤال	مستوى التحليل
				هل هناك عوامل أخرى مؤثرة في المخرجات؟	أخرى.
				هل هناك جوانب أخرى في الخدمة تأثرت بالحدث؟	
				إلى أي درجة يملك العاملون التأهيل اللازم والمتجدد لأداء المهام المناطة بهم؟	لماذا حدث ذلك؟ ما النظم والعمليات المؤثرة في هذه العوامل؟
				ما هو معدل القوى العاملة الفعلية مقارنة بالمستويات النموذجية؟	(الانحرافات العشوائية يمكن أن تؤدي إلى حدوث انحرافات محددة في العمليات المستقلة).
				ما الخطط للتعامل مع الظروف الحرجة والتي تؤثر على المعدلات المطلوبة من القوى العاملة؟	
				إلى أي درجة يتم التركيز على أداء العاملين في العمليات المؤثرة؟	
				كيف يمكن تحسين التدريب على رأس العمل؟	

الإجراء	اسأل «لماذا»	سبب جذري	النتائج	السؤال	مستوى التحليل
				إلى أي درجة تتوافر المعلومات الضرورية عند الحاجة؟ (الدقة، الكمال، الوضوح).	القضايا ذات العلاقة بإدارة المعلومات
				هل البيئة المادية مناسبة لمتطلبات العملية محل التنفيذ؟	القضايا المتعلقة بإدارة البيئة
				ما الأنظمة الموضوعية للتعرف على عوامل المخاطرة في البيئة؟	
				هل تم تحديد الإجراءات التي يمكن اتخاذها في حالة الطوارئ أو الفشل وهل تم اختبارها؟	
				إلى أي درجة تساعد ثقافة المنظمة على تحديد وتقليل المخاطر؟	القضايا المتعلقة بالقيادة (الثقافة التنظيمية).
				ما عوائق الاتصال حيال العوامل المسببة للخطر؟	التشجيع على التواصل.

الأدوات التحليلية المستخدمة في برامج سلامة المرضى

مستوى التحليل	السؤال	النتائج	سبب جذري	أسأل «لماذا»	الإجراء
التواصل الواضح حيال الأولويات.	إلى أي درجة يتم توضيح أن الوقاية من النتائج السلبية هي من أهم الأولويات؟ كيف؟				
العوامل خارج السيطرة.	ما الذي يمكن القيام به للحماية من الآثار السلبية لهذه العوامل الخارجة عن السيطرة؟				

• ويقدم هذا النموذج كعامل مساعد في تنظيم الخطوات في تحليل جذر القضية. ولا تنطبق كل الاحتمالات والأسئلة في جميع الحالات، وقد تظهر أسئلة غيرها في سياق التحليل. ومع ذلك، ينبغي النظر بشكل كامل في كل الاحتمالات والأسئلة في رحلة البحث عن «السبب الجذري» والحد من المخاطر. كوسيلة مساعدة لتجنب «الهفوات»، يتم توفير الأعمدة الثلاثة على الجانب الأيسر على أن يتم التحقق منها لاحقاً:

• «سبب جذري؟» يجب أن تكون الإجابة بـ «نعم» أو «لا» لكل نتيجة. والسبب الجذري هو عادة الحقائق المتصلة بالعملية أو النظام والذي يمكن عند إعادة تصميمه الحد من المخاطر. إذا كانت نتيجة معينة على وجه الخصوص على صلة وثيقة بالحدث ليست هي السبب الجذري، لابد من التأكد من أن معالجتها في وقت لاحق في التحليل بسؤال «لماذا؟». وينبغي النظر في كل النتائج التي يتم تحديدها على أنها السبب الجذري ومعالجتها في خطة العمل.

• «أسأل لماذا؟» يجب أن يتم وضع إشارة أمام هذه الخانة كلما كان من المناسب أن نسأل لماذا حدث أمر معين؟ (أو لم يحدث عندما كان ينبغي أن يحدث؟) وبعبارة أخرى: إلى مزيد من التعمق في جذور الأسباب، ينبغي أن تتم معالجة كل بند في هذا العمود في وقت لاحق في التحليل مع سؤال «لماذا؟». ومن المتوقع أن كل نتائج مهمة تم تحديدها بأنها أسباب جذرية يمكن أن يكون لها نفسها «جذور».

• «اتخاذ إجراءات؟» يجب وضع إشارة عنده في حال أن أيًا من الحقائق التي تم التوصل إليها تكون بحاجة إلى وضع إستراتيجية للحد من المخاطر. وينبغي أن يعالج كل بند في هذا العمود في وقت لاحق ضمن خطة العمل. وسيكون من المفيد كتابة رقم البند ذي العلاقة عند تحديد الإجراءات على الصفحة ٣ في «الإجراء» لكل من النتائج التي يتطلب العمل عليها.

الشكل رقم (٤-١٠): الإجراءات التي يتم اتخاذها بناء على تحليل الأسباب الجذرية

مقاييس الفاعلية	إستراتيجيات تقليص المخاطر	خطة العمل
	الإجراء رقم ١	لكل من النتائج التي تم تحديدها في التحليل والتي تحتاج إلى إجراء ما، لابد من الإشارة إلى الإجراء المخطط المتوقع، وتاريخ التنفيذ ومقياس الفاعلية الخاص بها .
	الإجراء رقم ٢	وإذا كان بعد النظر في مثل هذه النتائج، يتم اتخاذ قرار بعدم تطبيق إستراتيجية الحد من المخاطر، لابد من إيضاح الأساس المنطقي لعدم اتخاذ إجراء في هذا الوقت.
	الإجراء رقم ٣	التأكد من أن هذا الإجراء سيوفر البيانات التي تسمح بتقييم فاعلية الإجراء.
	الإجراء رقم ٤	النظر فيما إذا كان ينبغي إجراء الاختبار التجريبي للإجراء المقترح للتحسين.
	الإجراء رقم ٥	في نهاية المطاف يجب أن تطبق التحسينات للحد من المخاطر في جميع المجالات عند الاقتضاء، وليس فقط حيث وقع الحدث. لذلك لابد من تحديد أين سيتم تنفيذ التحسينات.
	الإجراء رقم ٦	
	الإجراء رقم ٧	
	الإجراء رقم ٨	
اذكر أي كتب أو مقالات تم استخدامها لوضع هذا التحليل وخطة العمل:		

تحليل أوضاع الفشل وآثاره:

قُدِّم تحليل أوضاع الفشل وآثاره (FMEA) (Failure Modes and Effects Analysis) في منتصف القرن العشرين للاستخدام العسكري من قبل القوات المسلحة الأميركية. ومن ثم توسع استخدامه لأغراض تنمية الصواريخ الفضائية وكنظام لتحليل المخاطر في برنامج الفضاء أبولو. ويستخدم (FMEA) الآن على نطاق واسع في مجموعة متنوعة من الصناعات بما في ذلك الخدمات الغذائية، والصناعات البلاستيكية، وصناعة البرمجيات، ومختلف الخدمات ومنها خدمات الرعاية الصحية. يُستخدم تحليل أوضاع وآثار الفشل (FMEA) في مجال تطوير المنتجات وإدارة العمليات لتحليل أوضاع الفشل المحتملة في النظام وتصنيفها حسب شدتها واحتمالات حدوثها. ويساعد تحليل (FMEA) الفعال على تحديد أوضاع الفشل المحتملة استناداً إلى الخبرة السابقة مع منتجات أو عمليات مماثلة تمكن الفريق من إعادة التصميم لاستبعاد هذه الإخفاقات بأقل قدر من الجهد والإنفاق.

ويُقصد بتحليل أوضاع الفشل أو «وسائط الفشل Failure Modes» دراسة جميع الوسائل والطرق المؤدية لوقوع الفشل وارتكاب الأخطاء المؤثرة على سلامة المرضى. وتعرف أوضاع الفشل بأنها أية أخطاء أو عيوب في التصميم، أو في العمليات، أو المخرجات، لا سيما تلك التي تؤثر على المرضى وعلى السلامة، سواء كانت أوضاعاً محتملة أو فعلية. أما تحليل «الآثار Effects» فيشير إلى دراسة النتائج المترتبة على هذه الإخفاقات. وتتحدد أولوية أوضاع الفشل وفقاً لمدى خطورة الآثار الناجمة عنها، ودرجة تكرار وقوعها وسهولة الكشف عنها. ويتمثل الغرض الأساسي من إجراء تحليل (FMEA) في اتخاذ الإجراءات للقضاء على أو الحد من الآثار السلبية للخطأ بدءاً من الأوضاع ذات الأولوية العليا حسب خطورة نتائجها.

ويعد تحليل أوضاع وآثار الفشل (FMEA) منهجاً منظماً لتحديد جميع حالات الفشل الممكنة في تصميم منظومة العمل وآليات تقديم الخدمة. ويوثق (FMEA) المعلومات المتوافرة حالياً وإجراءات التعامل مع المخاطر والفشل لاستخدامها في التحسين المستمر. كما يستخدم (FMEA) خلال مرحلة تصميم إجراءات العمل (Process Design) بهدف تجنب الفشل في المستقبل. وكذلك يستخدم في وقت لاحق لمراقبة العمليات قبل وخلال العملية الجارية. ومن الناحية المثالية يبدأ (FMEA) خلال المراحل المبكرة من تصميم إجراءات العمل ويستمر استخدامه طوال حياة المنتج أو الخدمة. وبالرغم من أن هناك طرقاً متنوعة لإجراء هذا التحليل إلا أن العناصر الأساسية لهذا التحليل متشابهة إلى

حد كبير باختلاف الطرق. وبين الشكل رقم (٨-٥) النموذج المستخدم لإجراء هذا التحليل والذي يتضمن عناصر أساسية نوردتها فيما يلي.

الخطوة الأولى: تشكيل الفريق؛

تكوين فريق متعدد التخصصات لضمان تمثيل وجهات النظر المختلفة بحيث يمتلك أفرادهم معارف متنوعة عن هذه العملية أو الخدمة وعن تطلعات واحتياجات العملاء. وينبغي أن يشتمل الفريق على متخصصين يقومون بوظائف متنوعة تشمل جميع مراحل العملية محل الاهتمام أو الخبراء في الموضوع محل التحليل، بالإضافة إلى مستشار، وقائد للفريق، وذلك لتبسيط نظرة تحليلية ناقدة للمعايير المقبولة والممارسات وتحديد نقاط الضعف المحتملة التي قد تفوت على الآخرين. وينبغي اختيار قائد للفريق لديه مهارات في العمل الجماعي بحيث يتابع إنجاز مهام الفريق على نحو فعال. أما المستشار فيقوم بدور استشاري لمساعدة قائد الفريق على إنجاز المهام الضرورية والمناسبة والتدخل لإبقاء تركيز الفريق على الهدف.

الخطوة الثانية: تحديد نطاق التحليل؛

بحيث توضح حدود التحليل وهل يشمل النظام بأكمله أم عملية بعينها؟ أم تصميم الخدمة؟ ما الحدود؟ كيف يجب أن يتم تفصيلها؟ ويفضل استخدام خرائط التدفق/ خرائط الإجراءات (Flow Charts) لتحديد النطاق والتأكد من أن كل عضو في الفريق يدرك هذه التفاصيل. لا بد أن يكون الموضوع محل التحليل حالة عالية المخاطر أو منطقة ضعف شديد، بحيث تستحق قضاء الوقت والجهد وتخصيص الموارد من قبل الفريق المكلف بالتحليل.

الخطوة الثالثة: استكمال معلومات النموذج الخاص بالتحليل؛

البدء باستكمال المعلومات في الجزء العلوي من النموذج الخاص بالتحليل، ومن ثم يتم طرح الأسئلة المختلفة للتوصل للمعلومات التي توضع في بقية خانة النموذج.

الخطوة الرابعة: تحديد المهام داخل النطاق الخاص بكل عضو في الفريق.

وذلك بطرح الأسئلة: «ما الغرض من هذا النظام أو العملية أو الخدمة؟ ما هو المتوقع منها؟

الخطوة الخامسة: تحديد جميع الطرق التي يمكن أن تفشل فيها كل مهمة:

يتطلب تحليل أوضاع الفشل وآثاره تحديد جميع أوضاع الفشل المتوقعة حسب متطلبات المهمة، ومن أمثلة أوضاع الفشل: تلوث الأدوات أو عدم توثيق الحساسية لدى المريض. ويمكن لأوضاع الفشل في عنصر واحد أن تؤدي إلى فشل عنصر آخر، ويقصد بها أوضاع الفشل المحتمل. وهنا فإن بالإمكان إذا لزم الأمر العودة للخطوات السابقة وإعادة كتابة المهام مع مزيد من التفاصيل للتأكد من حصر جميع أوضاع أو وسائل الفشل فيها.

الخطوة السادسة: تحديد جميع الآثار المحتملة للفشل:

أي تحديد كل ما يترتب على فشل النظام، أو النظم والعمليات ذات الصلة. اسأل: «ما تجربة المرضى بسبب هذا الفشل؟ ما الذي يحدث عندما يقع هذا الفشل؟»

الخطوة السابعة: تحديد مدى خطورة أو حدة كل أثر:

يتطلب تحليل أوضاع الفشل وآثاره تحديد جميع أوضاع الفشل المتوقعة حسب متطلبات المهمة والآثار المترتبة على هذه الأوضاع. ولا بد من التركيز على التأثير النهائي لكل من هذه الأوضاع، ويعرف تأثير الفشل بأنه النتيجة المترتبة على وجود أوضاع الفشل وتأثيرها على سير منظومة العمل من وجهة نظر المستخدم. ومن الأمثلة على آثار الفشل: تدهور الحالة الصحية للمريض، تعرضه للعدوى، أو للمضاعفات. ويتم تقدير درجة الحدة المناسبة لكل تأثير (S) من ١ (لا يوجد خطر) إلى ١٠ (درجة حرجية من الخطورة). تمكن هذه الأرقام مديري المخاطر أو مستخدمي النظام من إعطاء الأولوية وفق درجة أهمية أوضاع الفشل وحسب خطورة آثارها. إذا كانت درجة الخطورة حسب تقدير المحللين تصل إلى ٩ أو ١٠ أي خطورة شديدة، فإن الإجراء المناسب في هذه الحالة يتمثل في تغيير تصميم إجراءات العمل للقضاء على أوضاع الفشل، إذا أمكن، أو حماية المستخدم من تأثيرها. وعموماً فإنه من المتعارف عليه أن تُعطى درجة خطورة في حدود ٩ أو ١٠ للآثار التي يمكن أن تسبب ضرراً كبيراً أو تؤدي إلى التقاضي.

الخطوة الثامنة: تحديد الأسباب الجذرية لجميع أوضاع الفشل المحتملة:

يمكن استخدام أدوات متنوعة لتحديد الأسباب الجذرية ومنها تحليل السبب الجذري (RCA)، بالإضافة إلى المعرفة والخبرة المتوفرة لدى أعضاء الفريق، للتوصل إلى قائمة بجميع الأسباب المحتملة لكل وضع من أوضاع الفشل على حدة، ومن ثم إدراجها على النموذج الخاص بالتحليل.

الخطوة التاسعة: تحديد احتمال تكرار وقوع الفشل:

وهو ما يُعرف بـ «Occurance» أو معدل حدوث الفشل، وذلك بتقدير احتمالات حدوث فشل لهذا السبب خلال فترة حياة المنتج أو الخدمة أو الإجراء. ويتم عادة تقييم معدل الحدوث على نطاق من ١ إلى ١٠، حيث يشير ١ إلى أن الحدوث غير مرشح إطلاقاً، في حين تشير ١٠ إلى أن الحدوث أمر لا مفر منه. ويتم إدراج هذا المعدل على جدول FMEA لكل سبب على حدة.

الخطوة العاشرة: تحديد إجراءات الضبط لكل سبب:

تحديد إجراءات الضبط أو التحكم لكل سبب من أسباب فشل العملية (Controls). يتم تحديد الاختبارات والإجراءات أو الآليات القائمة حالياً لمنع وقوع الفشل من الوصول إلى المريض. ويمكن لهذه الإجراءات منع السبب من الحدوث وبالتالي الحد من احتمال وقوع الفشل أو وصوله إلى المريض.

الخطوة الحادية عشرة: تحديد نسبة الاكتشاف لكل إجراء من إجراءات الضبط:

أي تحديد معدل قدرة الإجراءات الضابطة على اكتشاف السبب قبل وقوع الفشل أو قبل وصوله للمريض ويشار لها بـ (Detection). ويتم قياس معدل الكشف عادة على نطاق من ١ إلى ١٠، حيث تعني ١ وجود يقين تام بقدرة إجراءات الضبط على الكشف عن المشكلة، وتعني ١٠ أن إجراءات الضبط لن تتمكن إطلاقاً من الكشف عن المشكلة (أي لا يوجد إجراء ضبط). ويتم إدراج معدل الاكتشاف لكل سبب على جدول FMEA.

الخطوة الثانية عشرة: السمات الحرجة:

وتعد هذه الخطوة اختيارية، ويقصد بها تحديد فيما لو كان وضع الفشل يرتبط بسمة حرجة، ويقصد بها الخصائص المهمة أو المؤشرات التي تعكس السلامة أو

الامتثال للوائح حكومية أو أنظمة وتشريعات محددة. إذا كان الأمر كذلك، يمكن استخدام العمود المسمى «تصنيف» وإدراج الإجابة بـ «نعم أو لا» لإظهار ما إذا كانت هناك حاجة لضوابط خاصة متعلقة بهذا السبب. وتعد السمات الحرجة على درجة عالية من «الحدة Severity» ومعدل «اكتشاف Detection» أعلى من ٣.

الخطوة الثالثة عشرة: تقدير معدل أولوية الخطر:

ويقصد به حاصل العملية الحسابية الناتجة عن ضرب معدل الحدوث (Occurance) في درجة الحدة (Severity) في معدل الاكتشاف (Detection). وذلك بهدف وضع الأسباب وأوضاع الفشل بالترتيب حسب أولوية الأوضاع التي ينبغي التصدي لها.

الخطوة الرابعة عشرة: تحديد الإجراءات:

ويقصد بها التدابير الهادفة لتقليص حدة آثار الفشل أو منع تكرارها والتي قد تكون إعادة تصميم العملية أو تغيير بعض أجزاءها. ويمكن أن تشمل هذه الإجراءات على إدراج عناصر تحكم إضافية لتحسين إمكانية الكشف عن الفشل. ولضمان نجاح الإجراءات لابد من تحديد الشخص المسؤول عن تنفيذها ومواعيد الإنجاز المستهدف.

الخطوة الخامسة عشرة: التقييم:

بعد اتخاذ الإجراءات لابد من قياس مقدار التحسن الحاصل في كل من درجة الحدة والتكرار والاكتشاف للتحقق من تدني معدل أولوية الخطر «Risk Priority Number» نتيجة لهذا التحسين.

استخدام تحليل أوضاع وآثار الفشل في مجال الرعاية الصحية:

يأتي هذا التحليل ليواكب متطلبات الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية JCAHO، والتي تشترط ضمن معايير الجودة في المنظمات الصحية ضرورة أن تتبنى القيادات الصحية برنامجاً مستمراً واستباقياً لتحديد المخاطر التي تهدد سلامة المرضى والحد من الأخطاء الطبية (DeRosier, Stalhandske, Bagian & Nudell, 2002). كما تنص هذه المعايير على أن تقوم منظمات الرعاية الصحية باستخدام «المعلومات المتوافرة عن الأحداث الجسيمة المتكررة في مؤسسات الرعاية الصحية التي تقدم خدمات مماثلة من خلال التقارير الدورية التي تصدرها المنظمات ذات العلاقة عن

الأحداث الجسيمة وعوامل الخطر والسلامة». وفي عام ٢٠٠١ وجهت الهيئة المشتركة مقدمي خدمات الرعاية الصحية المعتمدين بإجراء تحليل استباقي لإدارة المخاطر لتحديد نقاط الضعف والتنبؤ بها في النظام واعتماد التغييرات لتقليل الضرر على المريض في الموضوعات ذات الأولوية العالية مرة أو اثنين في السنة على الأقل. وتوجد طرق مختلفة لإجراء هذا التحليل من أهمها الأسلوب الذي يستخدمه معهد تحسين الرعاية الصحية (Institute for Healthcare Improvement)، والذي يتم من خلال موقع المعهد على شبكة الإنترنت كما هو موضح في الشكل رقم (٨-٥). ويتم فيها استخدام نموذج آلي لإدخال البيانات المختلفة ولإجراء التحليل بطريقة منظمة ودقيقة. ويهدف هذا التحليل إلى مراجعة التالي:

- خطوات العملية.
- أوضاع الفشل (ما الخطأ الذي يمكن أن يقع؟).
- أسباب الفشل (لماذا يحدث الفشل؟).
- آثار الفشل (ماذا ستكون عواقب كل فشل؟).

الشكل رقم (١٠-٥): نموذج تحليل أوضاع وآثار الفشل FEMA

المهمة	أوضاع الفشل (Failure Modes)	الآثار (Effect)	معدل الحدة (Severity Rating) S	الأسباب	معدل الحدوث (Occurrence Rate) O	إجراءات الضبط القائمة	معدل الاكتشاف Detection D	السمات الحرجة (Critical Characteristics)	معدل أولوية الخطر (Risk Priority Number) RPN	الإجراءات المقترحة	المسؤولية والتاريخ المتوقع للإنجاز	الإجراء الذي تم اتخاذه

الشكل رقم (١٠-٦)، نموذج تحليل أوضاع وآثار الفشل حسب معهد تحسين الرعاية الصحية^١.

مستشفى آلاباما

العنوان: آلاباما - الولايات المتحدة الأمريكية

الهدف: تخفيض درجة احتمال وقوع الخطر بنسبة ٥٠٪ خلال عام.

معلومات العملية: / / التاريخ:							
الوصف: أوامر الطبيب							الخطوة: ١
الإجراء	RPN	SEV	DET	OCC	الآثار	الأسباب	أوضاع الفشل
	٦٠	١٠	٦	١	آثار جانبية دوائية حادة والوفاة.	الطبيب تغذله الذاكرة من حين لآخر ويعجز الصيدلاني عن التدخل.	دواء خطأ.
	٢٠	١٠	٢	١	آثار جانبية دوائية حادة والوفاة.	الطبيب تغذله الذاكرة من حين لآخر ويعجز الصيدلاني عن التدخل.	الجرعة خطأ أو غير مناسبة للمريض.
	١٠	١٠	١	١	آثار جانبية دوائية حادة والوفاة.	سحب ملف المريض الخطأ.	المريض خطأ
	٢٠	١٠	٢	١	آثار جانبية دوائية حادة والوفاة.	الكتابة بخط غير مقروء وعدم وضوح التعليمات.	عدم وضوح الجرعة أو المدة لتناول الدواء.
	٣٥	١	٥	٧	تأخير المريض وتعطيل مصالحة.	الطبيب لم يطلب إجراء الفحوصات واضطر المريض للانتظار.	لم يتم إجراء الفحوصات المخبرية في العيادات الخارجية قبل البدء في إعطاء الجرعات الكيماوية.

(1) <http://www.ihl.org/ihl/workspace/tools/fmea/ProcessDetailDataReport.aspx?ToolId=1&ScenarioId=1&Type=1>

الفصل العاشر

البدا في إعطاء العلاج الكيماوي قبل إجراء الفحوص المخبرية.	الطبيب لم يطلب إجراء الفحوصات اللازمة وفشل فريق العمل أن يتدخل.	آثار جانبية محتملة للدواء.	٢	٣	٥	٣٠	
خطأ الطبيب في طلب جرعة الدواء.	الطبيب تخذله الذاكرة من حين لآخر ويمعجز فريق العمل عن التدخل.	آثار جانبية محتملة للدواء.	١	٣	٨	٢٤	
سوء التواصل حيال الهدف من العلاج.	لم تفهم الممرضة والصيدلاني سبب طلب الدواء.	آثار جانبية دوائية حادة والوفاة.	٢	٥	١٠	١٠٠	
استخدام اختصارات غير واضحة للأدوية	لم تفهم الممرضة والصيدلاني الاختصارات التي استعمالها الطبيب وبالتالي لم يفهم سبب طلب الدواء.	آثار جانبية دوائية حادة والوفاة.	٢	٢	١٠	٤٠	
الخطوة: ٢ الوصف: إدخال أوامر الصيدلانية.							
أوضاع الفشل	الأسباب	الآثار	OCC	DET	SEV	RPN	الإجراء
تمت قراءة أوامر الطبيب بالخطأ وبالتالي تم ارتكاب خطأ في الدواء والجرعة.	خط غير واضح وبالتالي تم احتساب الجرعات خطأ إضافة لإخفاقات الذاكرة لدي الصيدلاني.	آثار جانبية دوائية حادة والوفاة.	٢	٢	١٠	٤٠	
اختيار المريض الخطأ من قاعدة البيانات الحاسوبية.	اختيار مريض خطأ.	آثار جانبية دوائية حادة والوفاة.	٢	١	١٠	٢٠	
الخطوة: ٣ الوصف: تحضيرات الصيدلانية.							
أوضاع الفشل	الأسباب	الآثار	OCC	DET	SEV	RPN	الإجراء
خطأ في تحضير الجرعة.	الصيدلاني يعاني من إخفاقات متكررة في الذاكرة.	آثار جانبية دوائية حادة والوفاة.	٢	٢	١٠	٤٠	
خطأ في تحضير الدواء.	عدم تحضير الدواء بشكل أفضل.	آثار جانبية دوائية حادة والوفاة.	٢	٢	١٠	٤٠	
خطأ في الدواء الذي تم تحضيره.	اختيار مركبات خطأ لتحضير الدواء.	آثار جانبية دوائية حادة والوفاة.	٢	٢	١٠	٤٠	

الأدوات التحليلية المستخدمة في برامج سلامة المرضى

الخطوة: ٤						
الوصف: إعطاء الدواء .						
أوضاع الفشل	الأسباب	الآثار	OCC	DET	SEV	RPN
إعطاء الدواء لمريض آخر	هوية المريض غير صحيحة.	آثار جانبية دوائية حادة والوفاة.	١	١	٨	٨
إعطاء الدواء الخطأ	لم تتحقق الممرضة من الدواء قبل إعطائه.	آثار جانبية دوائية حادة والوفاة.	٢	٢	١٠	٤٠
لم تقم الممرضة بتحضير المريض جيداً.	عدم التزام الممرضة بتعليمات الطبيب لتحضير المريض.	آثار جانبية دوائية حادة أوبسيطة.	٢	٢	٦	٢٤
الخروج خارج الأوعية الدموية.	عدم التحقق من تدفق الدم وعدم فحص أنبوب المغذي	آثار جانبية دوائية.	٣	٢	٤	٢٤

- Total Risk Priority Number for the process (إجمالي رقم أولوية الخطر في العملية)
- Occ: Likelihood of Occurrence (١٠-١) (احتمال الحدوث)
- Det: Likelihood of Detection (١٠-١) (احتمال الإكتشاف)

NOTE:

- ١ = Very likely it WILL be detected ممكن جداً اكتشافه
- ١٠ = Very likely it WILL NOT be detected ممكن جداً ألا يتم اكتشافه
- Sev: Severity (١٠-١) (حدة المرض)
- RPN: Risk Priority Number (درجة أولوية الخطر) (Occ × Det × Sev)

المراجع

المراجع باللغة العربية:

١. حنان عبد الرحيم الأحمدى (٢٠٠٠م). التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية. الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثالث.
٢. خالد بن سعد بن سعيد (١٩٩٧م) إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، العبيكان للنشر، الرياض.
٣. منير رياض حنا (١٩٨٩م) المسؤولية الجنائية للأطباء والصيدلة، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية.

المراجع باللغة الإنجليزية:

1. Aljadhey H, Alhusan A, Alburikan K, Adam M, Murray M, Bates D (2012). Medication safety practices in hospitals: A national survey in Saudi Arabia. Saudi Pharmaceutical Journal : SPJ;21(2):159-164. doi:10.1016/j.jsps.2012.07.005.
2. Al-Omar B (2007). Patient Safety in Saudi hospital: An assessment of providers> perspectives. The Research Center in the College of Business Administration. King Saud University.
3. Argyris C, Schon DA (1978). Organisational learning: a theory of action perspective. Reading, MA: Addison Wesley.
4. Arndt M and Bigelow B (Fall 1995). The implementation of total quality management in hospitals: How good is the fit?, Health Care Management review, Aspen Publications, 20(4):7-14.
5. ASHP (2005). Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals, Best Practices for Hospital & Health- System Pharmacy, 2005-2006.
6. Berwick D, Godfrey B, and Rossner J (1990). Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement, Jossey-Bass.
7. Burns J M (1978). Leadership, New York: Harper & Row
8. Cannon-Bowers J A, Tannenbaum S I, Salas E, Volpe C E. Defining Competencies and Establishing Team Training Requirements. In: Guzzo R A, Salas E, et al., editors. Team Effectiveness and Decision Making in Organizations. San Francisco: Jossey-Bass; 1995. pp. 333-80.
9. Carayon P (2007). Handbook of Human Factors and Ergonomics for Patient Safety. Mahwah: NJ: Erlbaum.
10. Cerniglia-Lowensen J (2015). Learning from mistakes and near mistakes: using root cause analysis as a risk management tool. Journal of Radiology Nursing.; 34: 4-7, Available at: [http://www.radiologynursing.org/article/S15460-00185\(14\)0843-/pdf](http://www.radiologynursing.org/article/S15460-00185(14)0843-/pdf)
11. Chidester TR, Helmreich RL, Gregorich SE, Geis CE (1991). Pilot personality and crew coordination. International Journal Aviation Psychology; 1:25-44.

12. Conway J (2006): Hospital leadership summit: Moving from good to great. Summary of conference proceedings, CMS headquarters, Baltimore, Maryland. Moderated discussion section, page 16.
13. Cooper MD and Phillips RA (1995). Killing two birds with one stone: achieving Quality via total Safety Management. *Leadership & Organization Development Journal (UK)* Vol: 16(8).
14. De Geyndt W (1995). Managing the Quality of Health Care in Developing Countries, World Bank Technical Paper Number 358, World Bank.
15. Department of Health Expert Group (2000). An organisation with a memory. Department of Health, United Kingdom. http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPAMPGBrowsableableDocument/fs/en%CONTENT__ID=4098184MULTIPAGE__ID=4936222chk=HmuDH3.
16. DeRosier J, Stalhandske E, Bagian JP, and Nudell, T (2002). Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System (PDF). *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(5):248-267.
17. Donabedian A (1988). The quality of care: How can it be assessed, *Journal of the American Medical Association*, 260 (12).
18. Donaldson LJ, Panesar SS, and Darzi A (2014). Patient-Safety-Related Hospital Deaths in England: Thematic Analysis of Incidents Reported to a National Database, 2010–2012. *PLOS Med* 11(6): e1001667. doi:10.1371/journal.pmed.1001667
19. Edmondson AC (1996). Learning from mistakes is easier said than done: Group and organizational influences on the detection and correction of human error. *Journal of Applied Behavioral Science*, 32(1): 5- 28.
20. Elinson J, (1987). In Donabedian A, Elinson J, Spitzer W, Tarlow A. Advances in Health Assessment Conference Discussion Panel. *Journal of Chronic Diseases* 40(Supplement 1):183S-191S.
21. El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, & Abdo A (2014). Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Services Research*, 14, 122. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-14-122> Firth-Cozens, J. 2000 'Teams, Culture and Managing Risk' in Vincent, C (ed.) *Clinical Risk Management*. BMJ Books. London.
22. Flemons W and McRae G (2012). The Culture of Patient Safety Reporting, Learning and the Culture of Safety. *Healthcare Quarterly*, 15(Special Issue) 12-17. doi:10.12927/hcq.2012.22847
23. Gaba DM (2000). Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 785–788.
24. Greiner AC, and Knebel E (Eds.) (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: National Academies Press.

25. Haig KM, Sutton S and Whittington J (2006). SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*; 32(3): 167-175.
26. Heinrich H (1959). *Industrial Accident Prevention: A Scientific Approach*, 4th Edition, McGraw-Hill Book Company, Boston.
27. Helmreich RL, Klinec JR, and Wilhelm JA (1999). Models of threat, error, and CRM in flight operations. In: *Proceedings of the tenth international symposium on aviation psychology*. Columbus: Ohio State University: 677-682.
28. Helmreich RL (2000). On error management: lessons from aviation. *BMJ : British Medical Journal*, 320(7237) , 781-785.
29. Henriksen K, Dayton E, Keyes MA, Carayon P, Hughes R (2008). *Understanding Adverse Events: A Human Factors Framework*. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2666/>
30. Hoffman D and Marks B (2006). An investigation of the relationship between Safety climate and medication errors as well other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychology*; 4: 847-69.
31. Hollnagel E (2009). *Safer Complex Industrial Environments: A Human Factors Approach*. CRC Press.
32. Huber GP (1991). Organizational learning: the contributing processes and the literatures, *Organization Science*, Vol. 2, pp. 88-115.
33. IHI (2006). *A Framework for Leadership of Improvement*
34. Institute of Medicine (IOM) (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
35. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2007): *Improving America's Hospitals: The Joint Commission's Report on Quality and Safety 2007*. Sentinel Event Root Cause and Trend Data section, pages 45-48. Available at: http://www.jointcommission.org/assets/118/TIC_Annual_Report_2012.pdf
36. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO) (2005) *National Patient Safety Goals*. Available at: www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/. Accessed February 6, 2013.
37. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO) (2015) *Hospital National Patient Safety Goals*. Available at: http://www.jointcommission.org/assets/12015/6/NPSG_HAP.pdf
38. Keroack, Mark A; Youngberg B, Cerese J, Krsek C; Prellwitz L, and Trevelyan E (2007). Organizational Factors Associated with High Performance in Quality and Safety in Academic Medical Centers. *Academic Medicine* (82)12: pp 1178-1186
39. Kohn L. Corrigan J, and Donaldson M (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine. Washington D.C.

40. Leape L (1994). The Preventability of Medical Injury, in Bogner, M. S. (ed.) Human Error in Medicine. New Jersey.
41. Lingard LS, Espin S, Whyte G, Regehr G, Baker GR, Reznick R, Bohnen J, Orser B, Doran D, Grober E (2004). Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety Health Care*; 13: 330-334.
42. Locke C, Kroom K, Zablocki E, and Bader B. (2006). *Quality*. San Diego, California: The Governance Institute.
43. Marchese T (1994). TQM reaches the academy, *AAHE Bulletin*: 3-9.
44. Marx D (2001). Patient safety and the "just culture": a primer for health care executives. Paper on Medical Event Reporting for Transfusion Medicine (MERS-TM), Columbia University, New York.
45. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*; 348:2635-2645.
46. McLaughlin C, and Kaluzny A (1990). Total Quality Management in Health: Making it work, *Health care Management Review* (15)3: 7-14.
47. Meyer JA, Silow-Carroll S, Kutyla T, Stepnick LS, Rybowski LS. (2004). Hospital Quality: ingredients for success-overview and lessons learned. http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/761_Meyer_overview.pdf
48. Moss, F. and Garside, P. (2001). Leadership and learning: building the environment for better, *Safety health care. Quality Health Care* 10: ii1-ii2.
49. Zwarenstein M, Reeves S. (2002). Working together but apart: Barriers and routes to nurse-physician collaboration. *Joint Commission Journal of Quality Improvement*; 28: 242-247.
50. Nelson EC, Batalden PB, Huber TP, Mohr JJ, Godfrey MM, Headrick LA, Wasson JH. (2002). Microsystems in health care: part 1. Learning from front-line units. *Joint Commission Journal of Quality and Safety*, 28:472-493.
51. Northouse PG (2001). *Leadership, Theory and practice*. Second ed. London: Sage Publications.
52. O'Daniel M and Rosenstein A (2008). Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Chapter 5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2666/>
53. Patankar MS, Sabin EJ, Bigda-Peyton, and Brown JP, (2012). *Safety culture: building and sustaining a cultural change in aviation and healthcare*. Ashgate Publishing, Ltd.
54. Percarpio KB and Watts VA (2013). Cross-sectional study on the relationship between utilization of root cause analysis and patient safety at 139 Department of Veterans Affairs medical centers. *Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety*; 39: 32-37

55. Perrow C (1984). Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies New York: Basic Books.
56. Pfeiffer Y, Manser T, and Wehner T (2010). Conceptualizing barriers to incident reporting: a psychological framework, *Quality and Safety in Health Care*, 19:e60. doi:10.1136/qshc.2008.030445
57. Pope BB, Rodzen L and Spross G. (2008). Raising the SBAR: How better communication improves patient outcomes. *Nursing*; 38(3): 41-3.
58. Pronovost P, Wu AW, Dorman T, Morlock L. (2002). Building safety into ICU care. *Journal of Critical Care*; 17:78-85.
59. Pronovost PJ, Weast B, Holzmuller CG (2003). Rosenstien BJ, Kidwell RP, Haller KB, Feroli ER, Sexton JB, Rubin HR. Evaluation of the culture of Safety: Survey of clinicians and Management in an academic medical center. *Quality and Safety in Health Care*; 12:405-410.
60. Prybil LD (2006). Size, culture, and composition of high-performing hospital boards. *American Journal of Medical Quality*; 21:224-229
61. Rakish J, Longest Jr B, and Darr K (1992). Managing health Services Organizations, third edition, Health professionals Press, Baltimore, Maryland.
62. Reason J (1997). Managing the Risks of Organizational Accidents. Aldershot. England: Ashgate Publishing.
63. Reason J (1990). Human Error. Cambridge University Press.
64. Reason J (2000). Human error: models and anagement». *British Medical Journal*, 320 (7237): 768-770.
65. Reason J (2005). Safety in the operating theatre- Part 2: human error and organizational failure. *Quality & Safety in Health Care*, (14) 56 60: 1475-3898
66. Roberts KH (1990). Some Characteristics of High-Reliability Organizations. *Organization Science*, 1, 160-177.
67. Roemer M and Montoya Aguilar C (1988). What is Quality, Geneva: World Health Organization
68. Schaefer H, Helmreich R and Scheidegger D (1994). Human factors and safety in emergency medicine. *Resuscitation*, 28, 221-225.
69. Schmitt MH, Farrell MP, and Heinemann GD (1988). Conceptual and methodological problems in studying the effects of interdisciplinary geriatric teams, *The Gerontologist*, 28 (6): 753-64.
70. Schyve P (2005). Systems thinking and patient safety. In: Henriksen K, Battles J, Marks E, Lewin D, editors. *Advances in patient safety: from research to implementation*. Vol. 2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality: pp. 1-4.
71. Senge PM (1990), *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*, Currency Doubleday, New York, NY.

72. Sexton JB, Thomas EJ, and Helmreich RL. (2000) Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*; 320:745-9.
73. Shortell S (1995). Assessing the evidence on CQI: Is the glass half empty or half full?, *Hospitals & Health Services Administration*, 40(1):4-24.
74. Smit D and Elliot D (1999). *Moving Beyond Denial: Exploring the Barriers to Learning from Crisis*. Sheffield University.
75. Tamuz M and Harrison MI (2006). Improving patient safety in hospitals: contributions of high-reliability theory and normal accident theory. *Health Serv Res*; 41:1654-1676.
76. The Pennsylvania Patient Safety Advisory, (2010). Diagnostic Error in Acute Care. Strategies to decrease diagnostic errors are also provided, along with a Patient Education Toolkit for healthcare providers Pa Patient Saf Advis 2010 Sep;7[3]:76-86. [http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2010/Sep7\(3\)/Documents/sep:7\(3\).pdf](http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2010/Sep7(3)/Documents/sep:7(3).pdf)
77. Thomas A and Galvin I (2008). Patient safety incidents associated with equipment in critical care: a review of reports to the UK National Patient Safety Agency. *Anaesthesia*, 63: 1193–1197. doi: 10.1111/j.1365-2044.2008.05607.x
78. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N, Harvey EL (1999). Local opinion leaders to improve health professional practice and health care outcomes (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford: Update Software.
79. Tucker AL, and Edmondson AC (2003). Why hospitals do not learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*. 45 (2): 55-71.
80. Turner BA, Pidgeon N, Blockley D, and Toft B (1989). Safety culture: its importance in future risk Management. Position paper for the Second World Bank Workshop on Safety Control and Risk Management, Karlstad, Sweden.
81. Vaughan D (1996). *The challenger launch decision—risky technology, culture, and deviance at NASA*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
82. Vaughn T, Koepke M, Kroch E, Lehrman W, Sinha S, and Levey S (2006). Engagement of leadership in Quality improvement initiatives: executive Quality improvement survey results. *Journal Patient Safety*; 2:2-9.
83. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N (1998). Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. *BMJ*; 316: 1154–7.
84. Vincent C, Moorthy K, Sarker SK, Chang A and Darz AW (2004). Systems Approaches to Surgical Quality and Safety: From Concept to Measurement. *Annals of Surgery*, 239 (4) , 475–482. <http://doi.org/10.109701/.sla.0000118753.22830.41>
85. VQC (2010). A guide to improving communication among healthcare professionals available from: http://www.health.vic.gov.au/quality_council

86. Wakefield MK (2008). The Quality Chasm Series: Implications for Nursing. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Chapter 4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2677/>
87. Wakefield M and O'Grady E (2000). Putting patients first: Improving patient safety through collaborative education. In Health Resources and Services Administration (HRSA) , Collaborative Education to Ensure Patient Safety, Report to the Secretary of Health and Human Services and the Congress. Joint Meeting, Council on Graduate Medical Education and National Advisory Council on Nurse Education and Practice. Washington DC: Author.
88. Walston S; Al-Omar B, Al-Mutari F (2010). Factors affecting the climate of hospital patient Safety: A study of hospitals in Saudi Arabia. International Journal of Health Care Quality Assurance. 23(1)33-50
89. Watkins KE, and Marsick VJ (1996). In action: Creating the learning organization. Alexandria, VA: American Society for Training and Development
90. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, and Dy SM. (2013). Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. Annals of Internal Medicine; 158:369-374. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002
91. Weick K and Sutcliffe K (2007). Managing the Unexpected: Resilient Performance in the Age of Uncertainty. Second ed. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
92. Weingart S, Wilson R, Gibberd R, and Harrison B (2000). Epidemiology of medical error. BMJ Publishing Group. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/320/7237/774>. Retrieved 2006-03-17.
93. Weingart SN and Page D (2004). Implications for practice: challenges for healthcare leaders in fostering patient safety. Quality and Safety in Health Care ;13:52-6
94. WHO (2008). The Research Priority Setting Working Group of WHO Patient Safety: Summary of the evidence on patient Safety: Implications for research. Geneva.
95. WHO (2008). World Alliance for Patient Safety Progress Report 2006- 2007
96. Williamson JA, Webb RK, Sellen A, Runciman WB, Van der Walt JH. (1993). Human failure: an analysis of 2000 incident reports. Anaesthesia Intensive Care 1993; 21:678-83.
97. Woodhall LJ, Vertacnik L and McLaughlin M. (2008). Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center. Journal of Emergency Nursing; 34(4): 314-317.

المؤلفة في سطور

د. حنان بنت عبدالرحيم الأحمدي

أستاذ الإدارة الصحية المشارك

عضو مجلس الشورى بالمملكة العربية السعودية اعتباراً من ٢٠١٣م، وقد عملت قبل ذلك عضواً في هيئة التدريب بمعهد الإدارة العامة وتدرجت في المواقع الإدارية فيه إلى أن أصبحت مديرة عامة للفرع النسائي في الفترة من ٢٠٠٩ - ٢٠١٣م. حصلت على درجة الدكتوراه في إدارة الخدمات الصحية من جامعة بتسبرغ بالولايات المتحدة الأمريكية، لها إسهامات مجتمعية ومهنية عديدة أبرزها:

- عضو مجلس أمناء منتدى الرياض الاقتصادي.
- عضو فريق التقييم لجائزة الملك خالد للتميز في المنظمات غير الربحية.
- عضو مجلس إدارة الجمعية السعودية للإدارة.
- عضو الهيئة الاستشارية لوزارة الثقافة والإعلام ٢٠١٢م.
- مقيم بجائزة الشيخ خليفة للأداء الحكومي المتميز - الدورة الثانية - فئة أوسمة رئيس مجلس الوزراء - يناير ٢٠١٢م. دولة الإمارات العربية المتحدة.
- وللمؤلفة العديد من الأعمال العلمية في مجال الإدارة الصحية والقيادة، من أبرزها:
- Anticipated nurses' turnover in public hospitals in Saudi Arabia, The International Journal of Human Resource Management May 2013, 412 - 433.
- Challenges Facing Women Leaders in Saudi Arabia, Human Resource Development International, April 2011.

- «تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية: دراسة ميدانية على الأطباء في المملكة العربية السعودية»، بحث ميداني - مركز البحوث - معهد الإدارة العامة، ٢٠٠٦.
- «التسرب الوظيفي للعاملين في التمريض بمستشفيات الصحة النفسية في المملكة العربية السعودية: دراسة تطبيقية»، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت المجلد ٣٤، العدد ٤، ٢٠٠٦.

حقوق الطبع والنشر محفوظة لمعهد الإدارة العامة ولا يجوز
اقتباس جزء من هذا الكتاب أو إعادة طبعه بأية صورة دون
موافقة كتابية من المعهد إلا في حالات الاقتباس القصير
بغرض النقد والتحليل، مع وجوب ذكر المصدر.

هذا الكتاب

انبثقت فكرة هذا الكتاب من حقيقة مؤسفة كشفتها الدراسات العلمية، وهي أنه على الرغم من الجهود الحثيثة المبذولة من قبل الأنظمة الصحية لتحسين مخرجات الرعاية الصحية فإن ذلك لم يمنع وقوع الأحداث السلبية والأخطاء التي تعرض المرضى لمخاطر مرتبطة بالرعاية المقدمة. ولا تزال المنظمات الصحية متأخرة كثيراً عن غيرها في تطبيق نظم الجودة والسلامة.

ورغم أن التقدم المعرفي والتقني في العلوم الطبية والعلوم ذات العلاقة بها ضاعف فاعلية نظم الرعاية الصحية وقدرتها على تحقيق نتائج إيجابية وتخفيف آلام ومعاناة المرضى، إلا أن ذلك زاد في الوقت نفسه خاصية التعقيد في هذه النظم، حيث أصبحت تمثل تركيبة فريدة من العمليات والتفاعلات الإنسانية التي جعلها من بين أكثر النظم الإنتاجية تعقيداً. ويزيد هذا التعقيد الطارئ على منظومة الرعاية احتمالات وقوع الأخطاء والحوادث. فكان من الطبيعي أن يتزايد الاهتمام بنظريات السلامة ومنهجياتها. وأن تبرز سلامة المرضى كخاصية مميزة للأنظمة الصحية ذات الجودة العالية.

لذا، يسلط هذا الكتاب الضوء على المفاهيم التنظيمية الأساسية لسلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية، ويستعرض أهم نظريات السلامة التي حظيت باهتمام الخبراء والمختصين وأدواتها وتطبيقاتها في المجال الصحي. متطرقاً للعلاقة الوثيقة بين سلامة المرضى وطبيعة الاتصال الإنساني والعمل الجماعي في منظومة الرعاية الصحية، ومتناولاً لسبل تفعيل دور القيادات لأغراض السلامة، ومقدماً للتصور الذي ينبغي أن يكون عليه الإطار العام لسلامة المرضى، متضمناً أهم المبادئ والأسس التي ينبغي أن تعمل المنظمات الصحية لتحقيقها في سبيل تأسيس توجه إستراتيجي ثابت لتحقيق جودة الرعاية وسلامة المرضى.

وأخيراً، يستعرض هذا الكتاب بعض الأساليب التحليلية المهمة لبحث الأسباب المتجذرة للأخطاء والحوادث في بيئات الرعاية الصحية وسبل الوقاية منها.



9 9 6 0 1 4 2 5 6 6